

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**Departamento de Psiquiatría**



**TENTATIVAS DE SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR**  
**PRESENTADA POR**

**Juan Carlos González Seijo**

Bajo la dirección del doctor

Carlos Carbonell Masia

**Madrid, 2004**

**ISBN: 978-84-8466-608-0**

©Juan Carlos González Seijo, 1995

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**TENTATIVAS        DE        SUICIDIO  
EN       LA       ADOLESCENCIA**

**Tesis Doctoral  
presentada por:**

**Juan Carlos González Seijo**

**Director:**

**Prof. C. Carbonell Masía**

---

**Madrid 1995**



CIUDAD UNIVERSITARIA  
TELEF. 394 14 97  
FAX 394 15 06  
28040 MADRID

DEPARTAMENTO DE  
PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA MEDICA

FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

ALFREDO CALCEDO ORDÓÑEZ, DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE PSI-  
QUIATRÍA Y PSICOLOGÍA MÉDICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE  
LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

C E R T I F I C A:

que el trabajo de investigación "TENTATIVAS DE SUICIDIO EN  
LA ADOLESCENCIA", realizado por D.Juan Carlos González Sei-  
jo bajo la dirección del Prof.Carlos Carbonell Masiá, reu-  
ne los requisitos necesarios para ser presentado y defendi-  
do como Tesis Doctoral.

Lo que firmo en Madrid, a diez de Mayo de mil novecientos  
noventa y cinco.





CIUDAD UNIVERSITARIA  
TELEF. 394 14 97  
FAX 394 15 06  
28040 MADRID

DEPARTAMENTO DE  
PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA MEDICA

FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

CARLOS CARBONELL MASIÁ, PROFESOR TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE  
PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA MÉDICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA  
DE LA UNIVEPSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

C E R T I F I C A :

que el trabajo de investigación "TENTATIVAS DE SUICIDIO EN  
LA ADOLESCENCIA", realizado por D.Juan Carlos González Sei  
jo, bajo mi dirección, reúne los requisitos necesarios pa-  
ra ser presentado y defendido públicado como Tesis Docto--  
ral.

Lo firmo en Madrid, a diez de Mayo de mil novecientos  
cinco.





**A mis padres**

**A Yolanda**

*Il n'y a qu'un problème philosophique vraiment sérieux: c'est le suicide. Juger que la vie vaut ou ne vaut pas la peine d'être vécue, c'est répondre à la question fondamentale de la philosophie.*

(A. Camus: Le mythe de Sisiphe)

## **AGRADECIMIENTOS**

Al Profesor Carlos Carbonell Masía, director de esta Tesis Doctoral, por su eficaz orientación en la labor investigadora, su permanente estímulo y, por encima de todo, su cálido magisterio en los caminos de la clínica psiquiátrica.

Al Dr. Jose Luis de Dios Vega, co-director de esta Tesis Doctoral, por haberme sabido transmitir con ilusión su amplia experiencia en el campo de la psiquiatría de la infancia y adolescencia, así como por sus acertados consejos.

Al Dr. Ismael Lastra Martínez por su colaboración, incansable apoyo e incondicional amistad.

A D. Fernando Pescador González, director del Centro de Cálculo de Somosaguas de la Universidad Complutense, por su inestimable ayuda en la realización del análisis estadístico.

A las Dras. Cristina Lozano y Adela Collado por su ayuda para la obtención del grupo control de escolares.

Al Fondo de Investigación Sanitaria por la ayuda concedida para el desarrollo de una parte del estudio.

A todos los profesionales del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Universitario San Carlos por su desinteresada colaboración en la realización del estudio.

Y, sobre todo, a todos los jóvenes que han permitido que estudiáramos sus circunstancias vitales con la esperanza de que en el futuro otros adolescentes puedan ser ayudados en su sufrimiento.

# I N D I C E

I. INTRODUCCIÓN .....	1
I.1. Consideraciones preliminares sobre las conductas suicidas .....	2
I.2. Aproximación histórica al comportamiento suicida .....	5
I.3. Desarrollo histórico de las Teorías modernas sobre el suicidio .....	9
I.3.1. Concepción patológica del suicidio .....	9
I.3.2. Teoría sociológica del suicidio .....	10
I.3.3. Teoría psicoanalítica del suicidio .....	12
I.4. Cuestiones terminológicas en relación al suicidio .....	14
I.5. Epidemiología de las conductas suicidas .....	19
I.5.1. Estadísticas sobre el suicidio en España .....	20
I.5.2. Epidemiología del suicidio infantil .....	22
I.5.3. Epidemiología del suicidio en la adolescencia .....	23
I.5.4. Epidemiología de las tentativas de suicidio .....	28
I.6. Clasificación de las conductas suicidas .....	30
II. HACIA UN MODELO EXPLICATIVO DEL SUICIDIO .....	39
II.1. Modelos explicativos multidimensionales del fenómeno suicida .....	40
II.1.1. Introducción .....	40
II.1.2. Modelo de superposición .....	42

II.2. Factores psicológicos y rasgos de personalidad .....	45
II.2.1. Perspectiva psicodinámica .....	45
II.2.2. Otros aspectos psicológicos .....	49
II.3. Aspectos psicopatológicos y trastornos psiquiátricos .....	56
II.3.1. Introducción .....	56
II.3.2. Diagnóstico psiquiátrico y suicidio ....	57
II.3.3. Depresión y comportamientos suicidas ...	60
II.3.4. Tentativas de suicidio y psicopatología .....	63
II.4. Factores biológicos .....	66
II.4.1. Estudios neuroendocrinológicos .....	66
II.4.2. Función serotoninérgica .....	67
II.4.3. Función dopaminérgica .....	72
II.4.4. Otros estudios .....	73
II.5. Factores psicosociales y ambientales .....	76
II.5.1. Introducción .....	76
II.5.2. Pérdidas parentales .....	78
II.5.3. Acontecimientos vitales .....	81
II.6. Factores genéticos y familiares .....	86
 III. OTROS ASPECTOS DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS .....	 92
III.1. Génesis y desarrollo del concepto de muerte .....	93
III.2. Relación entre las distintas conductas suicidas .....	98
III.3. Consumo de tóxicos y conductas suicidas .....	104
III.4. Los métodos suicidas .....	108
III.5. Las notas suicidas .....	112

III.6. Factores climáticos y estacionalidad .....	115
III.7. La variable sexo .....	117
III.8. Variables socioculturales .....	120
III.9. Suicidio juvenil y medios de comunicación ....	123
III.10. Evolución y pronóstico de las tentativas suicidas .....	131
III.11. Prevención del suicidio en la adolescencia ...	139
III.11.1. Estrategias preventivas actuales .....	139
III.11.1.1. Unidades de prevención y Centros de intervención en crisis .....	139
III.11.1.2. Teléfonos de ayuda .....	140
III.11.1.3. Programas preventivos en la escuela .....	142
III.11.1.4. Empleo de escalas predictivas ....	144
III.11.2. Programa para la prevención del suicidio en la adolescencia .....	148
III.11.2.1. Valoración del adolescente .....	151
III.11.2.2. Tratamiento inicial .....	152
III.11.2.3. Intervenciones terapéuticas a medio y largo plazo .....	154
III.11.2.4. Otras intervenciones en la comunidad .....	156
III.11.2.5. Evaluación del programa .....	160
 IV. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS .....	 161
IV.1. Justificación e hipótesis .....	162
IV.2. Objetivos .....	165

<b>V. MATERIAL Y MÉTODO</b> .....	166
V.1. Sistema de selección de la muestra y del grupo control .....	167
V.2. Instrumentos de evaluación empleados .....	170
V.2.1. Cuestionario para datos sociodemográficos, clínicos y escolares .....	170
V.2.2. Cuestionario para datos familiares .....	172
V.2.3. Cuestionario para adolescentes del grupo control .....	172
V.2.4. Cuestionario de adaptación para adolescentes de Hugh M. Bell .....	173
V.2.5. Inventario de la depresión de Beck .....	174
V.2.6. Cuestionario Español de Depresión Infantil (CEDI) de Rodríguez Sacristán et al .....	176
V.2.7. Escala sobre el concepto de muerte de C.R. Pffefer .....	177
V.2.8. Escala de acontecimientos vitales adaptada a la población española de 12 a 18 años ..	178
V.2.9. Cuestionario sobre el consumo de drogas ..	180
V.2.10. Cuestionario de personalidad para adolescentes de R.B. Cattell y M.D. Cattell .....	181
V.3. Metodología de la evaluación y recogida de datos .....	184
V.4. Análisis estadístico .....	186
 <b>VI. RESULTADOS</b> .....	 188
VI.1. Estudio descriptivo .....	189
VI.1.1. Descripción general de la muestra .....	189

VI.1.1.1.	Distribución por edad y sexo .....	189
VI.1.1.2.	Nivel educativo y actividad .....	190
VI.1.1.3.	Dispositivo sanitario de procedencia .....	190
VI.1.2.	Características de la tentativa de suicidio .....	191
VI.1.2.1.	Distribución temporal de las tentativas .....	191
VI.1.2.2.	Métodos suicidas empleados .....	192
VI.1.2.3.	Gravedad médica .....	193
VI.1.2.4.	Grado de planificación de la tentativa .....	194
VI.1.2.5.	Comunicación y sospecha familiar de las intenciones suicidas .....	195
VI.1.2.6.	Desencadenantes .....	195
VI.1.2.7.	Objetivo y posibilidad de rescate .....	196
VI.1.2.8.	Fase del ciclo menstrual .....	197
VI.1.2.9.	Tentativas de suicidio previas ....	198
VI.1.2.10.	Nota o mensaje suicida .....	198
VI.1.2.11.	Teléfono de la Esperanza .....	199
VI.1.2.12.	Actitud postentativa del adolescente .....	199
VI.1.2.13.	Actitud de los padres y cambios en las relaciones familiares .....	200
VI.1.2.14.	Antecedentes suicidas en la familia y el entorno del adolescente .....	201
VI.1.2.15.	Hospitalización y tratamiento psiquiátrico .....	202
VI.1.2.16.	Diagnóstico psiquiátrico y factores asociados .....	203



VI.2. Estudio de las diferencias entre adolescentes con tentativa de suicidio y controles normales (Muestras independientes) .....	205
VI.2.1. Rendimiento escolar .....	205
VI.2.2. Antecedentes de patología somática y psiquiátrica .....	206
VI.2.3. Pérdidas parentales .....	206
VI.2.4. Datos familiares .....	207
VI.2.5. Acontecimientos vitales .....	209
VI.2.6. Cuestionario de adaptación .....	210
VI.2.7. Inventarios de depresión .....	212
VI.2.8. Consumo de tóxicos .....	213
VI.2.9. Concepto de muerte .....	214
VI.2.10. Cuestionario de personalidad .....	217
VI.3. Estudio de las diferencias entre los adolescentes con tentativa de suicidio y grupos de control apareados .....	223
VI.3.1. Antecedentes personales .....	225
VI.3.2. Aspectos familiares .....	226
VI.3.3. Acontecimientos vitales .....	227
VI.3.4. Cuestionario de adaptación .....	227
VI.3.5. Inventarios de depresión .....	228
VI.3.6. Consumo de tóxicos .....	229
VI.3.7. Concepto de muerte .....	229
VI.3.8. Cuestionario de personalidad .....	231
VI.4. Estudio de las diferencias entre mujeres y hombres adolescentes con tentativa de suicidio .....	233
VI.4.1. Edad .....	233
VI.4.2. Métodos suicidas empleados .....	233
VI.4.3. Gravedad médica .....	234

VI.4.4.	Grado de planificación de la tentativa .....	234
VI.4.5.	Comunicación y sospecha familiar de las intenciones suicidas .....	235
VI.4.6.	Desencadenantes .....	236
VI.4.7.	Objetivo .....	236
VI.4.8.	Tentativas de suicidio previas .....	237
VI.4.9.	Nota suicida .....	237
VI.4.10.	Actitud postentativa del adolescente ...	237
VI.4.11.	Hospitalización y tratamiento psiquiátrico .....	238
VI.4.12.	Diagnóstico psiquiátrico y factores asociados .....	239
VI.4.13.	Rendimiento escolar .....	240
VI.4.14.	Antecedentes de patología psiquiátrica .....	240
VI.4.15.	Pérdidas parentales .....	240
VI.4.16.	Acontecimientos vitales .....	241
VI.4.17.	Relaciones familiares .....	241
VI.4.18.	Patología psiquiátrica en la familia ...	242
VI.4.19.	Antecedentes suicidas en la familia y el entorno del adolescente .....	242
VI.4.20.	Cuestionario de adaptación .....	243
VI.4.21.	Inventarios de depresión .....	244
VI.4.22.	Consumo de tóxicos .....	244
VI.4.23.	Concepto de muerte .....	245
VI.4.24.	Cuestionario de personalidad .....	246
VI.5.	Estudio de las diferencias entre adolescentes con tentativa de suicidio en función de la edad .....	248
VI.5.1.	Sexo .....	248
VI.5.2.	Procedimiento suicida .....	249

VI.5.3.	Gravedad médica .....	249
VI.5.4.	Grado de planificación de la tentativa .....	250
VI.5.5.	Comunicación y sospecha familiar de las intenciones suicidas .....	250
VI.5.6.	Desencadenantes .....	251
VI.5.7.	Objetivo .....	252
VI.5.8.	Nota suicida .....	253
VI.5.9.	Hospitalización .....	253
VI.5.10.	Diagnóstico psiquiátrico .....	254
VI.5.11.	Pérdidas parentales .....	255
VI.5.12.	Acontecimientos vitales .....	255
VI.5.13.	Relaciones familiares .....	256
VI.5.14.	Antecedentes suicidas en la familia y el entorno del adolescente .....	256
VI.5.15.	Concepto de muerte .....	257
VI.6.	Estudio de los factores de riesgo y su valor predictivo .....	259
VI.6.1.	Factores de riesgo para las tentativas suicidas .....	259
VI.6.2.	Modelo predictivo de las tentativas suicidas en la adolescencia .....	261
VI.6.3.	Representación gráfica del modelo predictivo (Curva ROC) .....	265
VII.	DISCUSIÓN .....	267
VII.1.	Características generales de los adolescentes con tentativa de suicidio .....	268
VII.2.	Diferencias entre adolescentes con tentativa de suicidio y escolares no suicidas .....	281

VII.3. Diferencias entre mujeres y hombres adolescentes con tentativa de suicidio .....	295
VII.4. Diferencias entre adolescentes con tentativa de suicidio en función de la edad .....	298
VII.5. Factores de riesgo y modelo predictivo de las tentativas de suicidio en la adolescencia .....	301
 VIII. CONCLUSIONES .....	 305
 IX. TABLAS Y FIGURAS .....	 308
 X. ANEXOS .....	 379
 XI. BIBLIOGRAFÍA .....	 414

## I. INTRODUCCIÓN

## I. INTRODUCCIÓN

### **I.1. CONSIDERACIONES PRELIMINARES SOBRE LAS CONDUCTAS SUICIDAS.**

Aunque los comportamientos suicidas existen desde que existe el hombre, no es hasta el siglo XX cuando, por primera vez, el suicidio es analizado y discutido de una forma global.

Se trata, sin lugar a dudas, de un enigma desafiante para el investigador, de forma que es uno de los fenómenos humanos sobre el que mayor cantidad de páginas se han escrito desde la óptica de las ciencias humanas; baste señalar que ya en 1927 se habían editado más de 3500 títulos sobre el suicidio (Estruch y Cardús, 1982).

Innumerables autores han tratado de encontrar las claves sociales, psicológicas y biológicas de este comportamiento humano "límite" que, como señalan Rodríguez y López (1985), cuestiona las bases mismas de nuestra cultura, está cargado de profundas resonancias emocionales y vulnera nuestros más arraigados tabúes.

En la actualidad, el suicidio y las tentativas de suicidio constituyen un grave problema de salud pública, causando un elevado número de fallecimientos y enormes pérdidas económicas en la mayoría de los países desarrollados (Sartorius, 1985).

Sin embargo, se detecta un cierto cambio en las actitudes hacia el suicidio, de forma que la sociedad actual muestra una mayor tolerancia hacia este fenómeno (Schneider, 1982), llegando incluso en algunos círculos a proponerse el llamado "derecho al suicidio", aunque como señala Soubrier (1984a), estas discusiones están planteadas por personas ajenas a la promoción de la salud.

En ocasiones se considera la conducta suicida como un acto de autodeterminación o una forma de muerte heroica o romántica, cuando en realidad se trata de una expresión dramática del sufrimiento humano (Ladame, 1987) o una protesta desesperada contra una situación vital intolerable (Villa, 1993).

La infancia y la adolescencia son etapas que generalmente no se asocian con la idea de muerte (Greuling y DeBlassie, 1980), sino que nos evocan conceptos como vitalidad, despreocupación y ansias de futuro (Kanner, 1948), por lo que la conducta suicida parece presentar en estos periodos evolutivos un rostro particular, aún más dramático si cabe.

Quizá por ello, los suicidios en niños y adolescentes están siendo objeto de especial atención por los medios de comunicación, produciendo un enorme impacto en la opinión pública que tiende a buscar un culpable en la escuela, la familia o la sociedad.

El suicidio consumado y las tentativas de suicidio son la vía final común para muchos problemas del adolescente, son actos autodestructivos extraordinariamente complejos que pueden manifestar diversos factores motivacionales, dificultando la comprensión de sus causas. Dado que los suicidios consumados presentan notables limitaciones para su estudio, limitaciones que se intentan paliar acudiendo a la llamada "autopsia psicológica", en las páginas que siguen analizaremos diversos aspectos relacionados con las tentativas de suicidio durante la adolescencia, como un paso más hacia la comprensión del fenómeno suicida.



## **I.2. APROXIMACIÓN HISTÓRICA AL COMPORTAMIENTO SUICIDA.**

El suicidio es un fenómeno universal, que aunque ha estado presente en todas las culturas y épocas históricas, ha sido enormemente variable la actitud mantenida hacia él en las distintas sociedades, dependiendo de las condiciones religiosas, filosóficas e intelectuales de cada momento.

Así, por ejemplo, en Oriente el suicidio se consideró durante siglos un acto elogiable, como lo fue el episodio de suicidio masivo de filósofos seguidores de Confucio tras ser quemados sus libros sagrados, en la China gobernada por el emperador Chi-Koang-Ti (Sarró y Cruz, 1991). Asimismo, en la India, la viuda hindú se arrojaba a la pira funeraria de su marido, hasta que en 1829 esta ceremonia denominada "Suttee" fue declarada ilegal.

En la Grecia clásica, Plutarco se interesó por el fenómeno del suicidio, recogiendo el número de los ocurridos entre los siglos IV y III a.d.C. Este historiador observó cómo en los adolescentes griegos el suicidio y las tentativas de suicidio no eran infrecuentes (Diekstra, 1989a).

Para Pelicier (1985), lo esencial de la concepción occidental sobre el suicidio se debe a Séneca, quien afirmaba *"No hay necesidad que nos obligue a vivir. El vivir de por sí no es deseable, sino el buen vivir..."*.

También tenemos en Europa ejemplos de actitudes elogiosas hacia el suicidio como el caso de los celtas que glorificaban a los que se daban muerte voluntariamente.

En España contamos, entre los íberos, con ejemplos de suicidios de toda una población como fueron los casos de Numancia o Sagunto, así como formas de suicidio ritual entre los antiguos habitantes de las Islas Canarias (Fedden, 1972) que se precipitaban desde un monte sagrado para alcanzar la felicidad eterna.

Si bien la concepción estoica de muerte voluntaria pone el acento sobre el carácter deliberado y reflexivo de un acto que se inscribe en la problemática de la libertad humana, la idea cristiana, por el contrario, insiste sobre la noción de crimen, de homicidio, marcando netamente su intención de asociar en cada conciencia el gesto sacrílego de las enseñanzas sobre el mal, la salvación y el castigo (Pelicier, 1985).

Aunque el Cristianismo en sus primeros siglos aceptaba el suicidio en ciertas circunstancias, esta actitud se modificó hacia una posición intransigente, que culmina con San Agustín al sentenciar que cualquier forma de suicidio se sitúa en contra de la Ley Natural (Sarró y Cruz, 1991) y por lo tanto que *"el que se mata a sí mismo es un homicida"*. En el Concilio de Arles (año 452) incluso se llegó a afirmar que el suicidio estaba inspirado por el demonio.

Barraclough (1992), en un interesante estudio acerca de los suicidios que recoge la Biblia, mantiene que los narradores bíblicos en ningún momento dan a entender que el suicidio sea un acto erróneo o punible.

En la Biblia se describe el suicidio de once personajes, todos ellos varones de mediana edad, excepto una mujer. En todos los casos la muerte se produjo durante crisis personales, y no se relatan enfermedades predisponentes, salvo en el caso de Saul cuya melancolía y celos podrían ser considerados como mórbidos. Los suicidios fueron violentos, excepto en un caso de envenenamiento (Barraclough, 1992).

En el siglo XIII, Santo Tomás de Aquino argumentó que el suicidio era un pecado mortal contra Dios, y enunció dos

objeciones clásicas al suicidio: primero, no se puede disponer libremente de sí mismo porque no se pertenece a sí mismo verdaderamente; y en segundo lugar, el hombre en cuanto criatura de Dios no es libre de decidir sobre su vida y sobre su muerte.

En el Cristianismo, el castigo del suicidio es el complemento necesario de su prohibición, existiendo la privación de sepultura en tierra santa, llegando a ser los cadáveres exhumados, en ocasiones, para ser colgados y expuestos en el patíbulo (Pelicier, 1985).

Pelicier (1985) considera que los suicidios son infrecuentes en Africa, y pone como ejemplo los yorubas de Nigeria con un índice de suicidio de 0,6 por 100.000 habitantes, resultando interesante el dato de que este índice es más elevado entre los yorubas cristianizados que entre los fetichistas o musulmanes. También en Africa del Norte el suicido es poco frecuente.

El suicidio en Japón ha sido siempre un fenómeno que ha interesado a los investigadores, su tasa es elevada y en muchas ocasiones se convierte en una sanción que se inflige uno mismo por haber faltado a un papel prescrito por la sociedad y que conviene a su estatuto.

### I.3. DESARROLLO HISTÓRICO DE LAS TEORÍAS MODERNAS SOBRE EL SUICIDIO.

#### I.3.1. Concepción patológica del suicidio:

Denominamos concepción patológica del suicidio a una teoría elaborada a principios del siglo XIX por la escuela psiquiátrica francesa, y que considera el suicidio como un síntoma de enfermedad mental.

En esta línea, Pinel consideró el suicidio como una forma de conducta mórbida, como síntoma de la melancolía en un sentido amplio. Su discípulo Esquirol (1838) afirmaba que *"el suicidio ofrece todos los caracteres de la enajenación de las facultades mentales...el hombre sólo atenta contra su vida cuando está afectado de delirio y los suicidas son alienados"*, llegando a elaborar, desde esta perspectiva clínica y patológica, una teoría global del suicidio.

Como exponente de esta escuela psiquiátrica recogemos la siguiente clasificación de los suicidios, elaborada a partir de las investigaciones de Jousset (1858) y Moreau de Tours (Citados por Durkheim, 1897):

- Suicidio maniático: se produce como consecuencia de alucinaciones o de concepciones delirantes.

- Suicidio melancólico: se relaciona con un estado general de extrema depresión.

- Suicidio obsesivo: se debe a una idea fija de muerte que se ha apoderado subversivamente del espíritu del enfermo.

- Suicidio impulsivo o automático: resulta de una impulsión brusca e inmediatamente irresistible.

En esta época se llegaron a investigar las anomalías morfológicas y funcionales en los suicidas, buscando en sus autopsias las lesiones que podían condicionar el suicidio.

Años después, Delmas (1932) expuso su teoría acerca de los suicidios, que él consideraba patológicos y ligados a trastornos constitucionales orgánicos.

### I.3.2. Teoría sociológica del suicidio:

Aunque los elementos iniciales de la teoría sociológica del

suicidio aparecen en la obra de Morselli (1879), alcanzan la madurez en el estudio sobre el suicidio realizado por Durkheim (1897), que se convierte desde el momento de su publicación en un modelo para la investigación sociológica futura.

Durkheim examinó en su obra los efectos de la sociedad sobre la conducta del individuo, concluyendo que el suicidio era resultado de las influencias y el control de la sociedad sobre éste. Este autor propone dos variables a tomar en consideración: el grado de integración social del individuo, y el grado de reglamentación social de los deseos individuales.

En sus investigaciones indicó que no había un suicidio, sino suicidios y comparó las tasas de suicidio según las estadísticas oficiales de diversos países para establecer sus causas. Asimismo, relacionó la frecuencia del suicidio con diversas variables: edad, sexo, situación familiar, creencias religiosas, guerras, etc (Sarró y De la Cruz, 1991).

Durkheim distinguió tres tipos elementales de suicidio: El suicidio egoísta, producido por un debilitamiento en la relación entre el individuo y la sociedad; el suicidio altruista, cuando la organización social reduce la libertad personal, de tal modo que el sujeto se quita la vida pretendiendo de esta manera

aliviar de su carga a la sociedad; y finalmente, el suicidio anómico que sucede como consecuencia del quebrantamiento de las leyes impuestas por la sociedad (Rojas, 1984).

Sin embargo no es la de Durkheim la única teoría sociológica acerca del suicidio, ya que de la crítica y del rechazo al excesivo sociologismo durkheimiano surgió la teoría de M. Halbwachs quien mantiene la existencia de una relación complementaria entre los motivos individuales del suicida y las situaciones sociales de aislamiento (Uña, 1985).

### **I.3.3. Teoría psicoanalítica del suicidio:**

Aunque S. Freud no se ocupó en su obra de un modo explícito del suicidio, fue el primero en ofrecer explicaciones psicológicas a este fenómeno, postulando que los motivos del suicidio eran intrapsíquicos (Blumenthal, 1988).

Es a partir de sus escritos "Duelo y melancolía" (1917) y "Más allá del principio del placer" (1920) cuando Freud interpreta la relación entre el suicidio, la depresión y la agresión introyectada. Consideró el suicidio como un fenómeno intrapsíquico originado primariamente en el inconsciente y en cuya psicodi-



namia intervenían sobre todo la agresión y la hostilidad contra sí mismo al no poder exteriorizarla. En resumen, el suicidio era para él un homicidio en el grado 180 (Shneidman, 1979).

Freud consideró el suicidio un concepto básico del ser humano pudiendo ser todos vulnerables a esta conducta, cuya raíz reside en el instinto de muerte, que al buscar un reposo eterno puede expresarse con el suicidio (Sarró y De la Cruz, 1991).

Litman (1965) indica que aunque para el psicoanálisis el suicidio representa sólo la hostilidad inconsciente dirigida hacia el objeto amado introyectado, en su psicodinamia intervienen otros factores como los sentimientos o vivencias de desesperanza, abandono e inutilidad.

En la obra "El hombre contra sí mismo" de Menninger (1938), considerada por muchos como la mejor teorización psicoanalítica clásica sobre el suicidio, se desarrolla ampliamente el concepto psicodinámico de la agresión y el suicidio, clasificando los tres componentes agresivos del suicidio: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir.

#### I.4. CUESTIONES TERMINOLÓGICAS EN RELACION AL SUICIDIO.

El término Suicidio deriva del latín, "*sui*" (sí mismo) y "*caedere*" (matar), y según M. Moliner (1988) sería la "acción de *matarse a si mismo*". En el Diccionario UNESCO de Ciencias Sociales (Giner, 1987) el suicidio se considera como el "*acto de quitarse la vida voluntariamente*".

La utilización del término suicidio es relativamente reciente, ya que se admite clásicamente que ha sido el abate Prévost el primero en utilizar este neologismo en Francia en 1734 (Pelicier, 1985). El también abate Desfontaines definía el suicidio en el siglo XVIII como "*Meutre de soi-même*", siendo inscrito este término por la Academia Francesa en 1762 como sustantivo masculino (Sarró, 1984a). El posterior éxito de este neologismo se debió, en parte, a su aceptación por Voltaire y otros enciclopedistas.

Según la literatura anglosajona, el vocablo suicidio es utilizado por primera vez en Inglaterra en el siglo XVII, aunque no queda clara su paternidad, y aparece recogido por vez primera en The Oxford English Dictionary en 1635.

En España, según Martí (1982) el término suicidio aparece por primera vez en una obra de 1772, en la que Fray Fernando de Ceballos realizaba una crítica de las teorías de Voltaire, introduciéndose en el Diccionario de la Real Academia Española por vez primera en 1817.

Aunque aparentemente se trataría de un término que no ofrece dudas a la hora de definirlo, en realidad el concepto de suicidio es polisémico y denomina muy diversas categorías de comportamiento (Uña, 1985), existiendo numerosas definiciones diferenciadas unas de otras sólo en pequeños detalles.

Así, en algunos medios se requiere como condición el carácter violento de la muerte, o incluso se adopta un posicionamiento moral desde la propia definición como sucede en alemán. En este idioma se emplea el vocablo "*Selbstmord*" que significa "*crimen de sí mismo*" y refleja una concepción de acto criminal, derivada de los antiguos pueblos germánicos.

Yampey (1977) nos llama la atención acerca de las valoraciones tan distintas que implican los términos latinos (*suicidium*) y griego (*auto-kheiria*), ya que el primero pone el acento sobre la idea de matar, y el segundo sobre el concepto de acto deliberado, desviándolo del sentido de asesinato.

Las expresiones "suicidio" e "intento de suicidio" son las más utilizadas dentro del campo de la psiquiatría, aceptándose generalmente la definición de Deshaies (1947) del suicidio como *"el acto de matarse de un modo habitualmente consciente y considerando a la muerte como un medio o como un fin"*, aún cuando debemos admitir la dificultad de comprobar objetivamente la intencionalidad de dicho acto (Alonso Fernández, 1979).

Como muy precisa podemos considerar la definición propuesta por E. Durkheim (1897): *"Se llama suicidio a todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima a sabiendas de que tal era el resultado que se produciría"*.

Para Menninger (1938) la condición *sine qua non* del suicidio es la muerte en la que el mismo sujeto es a la vez agente activo y pasivo, el matador y el matado (Alonso Fernández, 1979).

Respecto a la *"tentativa de suicidio"* (T.S.) se acepta ampliamente la definición enunciada por Bassuk (1984) como *"todo acto que realizado por el paciente constituye una amenaza contra su propia vida o al menos eso aparenta"*.

La "tentativa de suicidio" sería para Schneider (1954) un suicidio frustrado, independientemente de la razón de su fracaso. Sin embargo, para Alonso Fernández (1979) se debería reservar el término "*suicidio frustrado*" para los casos en los que éste no se consumó por la intervención de terceros o por la aplicación de un tratamiento médico eficaz.

La Organización Mundial de la Salud (1969) propuso la expresión "*acto suicida*" para referirse "*a todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y del conocimiento del verdadero móvil*".

Un sentido aún más amplio tiene el concepto "*fenómeno suicida*", ya que comprende, además de actos como el suicidio o las tentativas de suicidio, las ideas del mismo tipo (Alonso Fernández, 1979).

En un intento de superar los conceptos de tentativa o intento de suicidio, Kreitman (1977) propuso el término "*parasuicidio*" para denominar toda conducta autolesiva no mortal, análoga al suicidio, pero sin considerar esencial en la definición la intencionalidad u orientación hacia la muerte.

Ringel (1953) ha definido un "*síndrome presuicida*" que se caracterizaría por: estrechamiento y reducción del ámbito de la vida psíquica con aislamiento y estancamiento de las energías psíquicas, agresividad inhibida no descargada contra los demás, y deseos de muerte con fantasías de autodestrucción.

Señalar, finalmente, otros conceptos como el de "*suicidio ampliado*" que se trataría de un acto en el que el suicida arrastra consigo a otros miembros de su propia familia o grupo social próximo; y una forma menor de suicidio colectivo denominado "*suicide à deux*", que consiste en un acuerdo mutuo entre dos personas para consumir su suicidio, actuando generalmente una de ellas como inductora de la otra (Rojas, 1984).

## **I.5. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS.**

El método epidemiológico proporciona datos que nos permiten reflexionar sobre el suicidio, sin embargo, no debemos olvidar que las estadísticas sobre las conductas suicidas y las teorías que éstas sugieren no pueden ser generalizadas de un país a otro, ya que en muchas ocasiones los países que ofrecen tasas de suicidio más elevadas son los que realizan unas estadísticas más completas.

Aranda (1984) resume las dificultades inherentes a la elaboración de estadísticas sobre el suicidio en tres apartados:

- Complejidad del fenómeno objeto de estudio: es difícil establecer inequívocamente la intención suicida de la víctima, ya que las actuaciones de los familiares, médicos, etc pueden tender a disimular el carácter suicida de la muerte, dada la reprobación social hacia el mismo.

- Dificultad del personal de los juzgados informantes para cumplimentar los boletines, debido al considerable aumento del trabajo en los juzgados, insuficiente dotación de medios, etc.

- Falta de voluntad política para investigar este fenómeno.

Aún siendo difícil realizar un cálculo exacto del número de suicidios consumados, se estima que unas 750.000 personas se quitan la vida anualmente en el mundo. Las cifras ofrecidas por la O.M.S. sobre el suicidio por 100.000 habitantes y año varían enormemente de unos países a otros, baste señalar como ejemplos los casos extremos de Malta (2.3 en 1988) y Hungría (31.9 en 1989). Datos tan dispares serían consecuencia tanto de factores socioculturales como de distintos criterios en la realización de las estadísticas.

#### **I.5.1. Estadísticas sobre el suicidio en España:**

En España se viene realizando una Estadística del suicidio de forma ininterrumpida desde principios de siglo, en cumplimiento de lo dispuesto en la Real Orden del 8 de Septiembre de 1906. Actualmente, el Instituto Nacional de Estadística publica con periodicidad anual los datos referidos al suicidio y que son suministrados por los Juzgados de Instrucción a sus Delegaciones Provinciales.

En la página siguiente se resumen los datos publicados por el I.N.E. y referidos al periodo 1976-1991. Según estos datos oficiales, el coeficiente de suicidio por 100.000 habitantes en



este periodo osciló entre el 2.81 y el 5.27; sin embargo, posiblemente se trate de una tasa inferior a la real, ya que varios estudios epidemiológicos realizados en algunas ciudades españolas obtienen unos coeficientes superiores, alrededor del 10/100.000 habitantes (Cercós, 1980; Martí, 1982; Estruch y Cardús, 1982; Asencio et al, 1988).

---

<u>A Ñ O</u>	<u>NÚM. SUICIDIOS</u>	<u>COEF/100.000 h.</u>
1976	1623	3.57
1977	1518	3.30
1978	1373	3.30
1979	1558	2.90
1980	1453	2.81
1981	1453	2.81
1982	1499	2.84
1983	1841	3.66
1984	2150	4.49
1985	2142	4.54
1986	2066	4.52
1987	2118	4.18
1988	2431	5.20
1989	2171	4.90
1990	2299	4.31
1991	2599	5.27

---

Estas cifras oficiales de suicidio en España son de difícil interpretación, ya que a las insuficiencias propias de estas estadísticas, se suma la confusión derivada de tratar de forma conjunta los suicidios consumados y las tentativas.

### **I.5.2. Epidemiología del suicidio infantil:**

La infrecuencia de suicidios consumados en niños queda reflejada por la escasez de estudios sobre el tema. Los pocos casos recogidos en la bibliografía parecen tratarse de niños muy desgraciados, que sufren malos tratos o que presentan enormes dificultades personales y familiares.

En un amplio estudio realizado en Gran Bretaña por Shaffer (1974) no se encontraron casos de suicidio por debajo de los doce años. Para este autor (Shaffer y Fisher, 1981) las tasas de suicidio de este grupo de edad han permanecido relativamente estables en todo el mundo desde 1955.

El estudio de McClure (1988) confirma estos datos, ya que no encuentra ningún caso de suicidio por debajo de los 10 años en Inglaterra y Gales desde 1940 hasta 1986. Según este investigador, el suicidio sería raro por debajo de los 14 años, no existiendo actualmente diferencias de sexo en los suicidas de 10-14 años en Inglaterra y Gales.

En EE.UU. el suicidio por debajo de los 15 años también es un fenómeno infrecuente, registrándose unas tasas que oscilan entre el 0.2 y el 0.8 por 100.000 habitantes/año según Carlson

(1987), aunque según los datos recogidos por Morandé y Carrera (1985) las tasas habrían pasado del 0.4/100.000 al 1.2/100.000 a lo largo de un periodo de veinte años (1955-1975).

En España los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística correspondientes al año 1991 indican cuatro casos de conducta suicida por debajo de los doce años, siendo de seis el niño suicida más joven recogido oficialmente hasta 1982.

#### **I.5.3. Epidemiología del suicidio en la adolescencia:**

Al contrario de lo que sucede en los niños, durante los últimos años se ha detectado un alarmante incremento de las conductas suicidas entre los jóvenes de 15 a 24 años, convirtiéndose de hecho en la tercera causa de muerte entre los adolescentes de la sociedad occidental, e incluso en algunos países como EE.UU. es ya la segunda (Garfinkel, 1990).

La epidemiología, al detectar este espectacular aumento en las tasas del suicidio juvenil, ha supuesto una llamada de atención de cara al desarrollo de estrategias de prevención (Berman y Jobes, 1991). Es más, las cifras reales de suicidio juvenil son probablemente superiores a las recogidas por las

estadísticas oficiales, ya que muchos casos son encubiertos (Velilla y Serrat, 1990), o son considerados como fallecimientos de causa indeterminada.

De hecho, Shaffer (1974) ha encontrado que la mayoría de las muertes de causa no determinada en adolescentes, fueron en realidad suicidios, mientras que McClure (1984) mediante una investigación realizada en Inglaterra y Gales, demuestra un importante incremento en la tasa de muertes por envenenamiento no determinado en el grupo de 15-19 años, siendo dicho aumento en la década de los setenta del 40% en los varones y del 183% en las mujeres.

Diversos estudios epidemiológicos confirman que durante el último siglo se han producido dos "pícos" de suicidio en jóvenes, el primero alrededor de 1910, lo que justifica que en ese año se celebrara en Viena la "Iª Reunión Científica sobre el Suicidio" organizada por A. Adler, y el segundo en los años ochenta.

Generalmente se acepta la relación de ese primer "pico", con los cambios sociales que precedieron a la I Guerra Mundial y a la Revolución Rusa, mientras que el segundo pico de incremento en las conductas suicidas se viene explicando por el denominado "Efecto Cohorte". Tras la II Guerra Mundial el número de niños

ha crecido de forma importante convirtiéndose en un factor desestabilizador que aumenta la competitividad en esa generación a la hora de estudiar o encontrar un trabajo. Es evidente que hay una relación entre la cifra de suicidios en adolescentes y el porcentaje de gente joven en la población total. Todo ello es especialmente válido para los varones, quizá porque las mujeres tradicionalmente competían menos por los puestos de trabajo (Diekstra, 1989b).

Blumenthal (1990a) apunta algunos factores que explicarían el notable incremento observado en la década de los ochenta en las muertes por suicidio en jóvenes americanos:

- Aumento de la incidencia y prevalencia de los factores psiquiátricos asociados al suicidio juvenil, especialmente depresión, trastornos de conducta y abuso de sustancias tóxicas.
- Aumento del número de jóvenes con una mayor competitividad e incremento de las dificultades para encontrar un trabajo con la consiguiente desesperanza.
- Aumento del estrés.

- Aumento del comportamiento violento en general, así como un fácil acceso a las armas de fuego.

En este sentido, para Berman y Jobes (1991) la tasa de suicidio del grupo de edad de 15-24 años se ha triplicado en EEUU en 30 años (1957-1987) con un incremento del 222%, siendo durante ese periodo el aumento más importante entre los 15 y 19 años, con un incremento del 312%.

Sin embargo, en la excelente revisión de Barraclough (1988) sobre cifras oficiales de la O.M.S., éste encuentra que la tasa de suicidio en jóvenes alcanzó un pico alrededor de 1978 pero que actualmente, aunque permanece elevada, está disminuyendo ligeramente.

Resulta muy interesante el estudio de Burton et al (1990) realizado en Gran Bretaña con información oficial de los años 1975-1987. Estos autores encuentran un incremento significativo en los suicidios de jóvenes varones, mientras que por el contrario las mujeres jóvenes tuvieron un descenso en las cifras de suicidio. Para Burton et al (1990) tanto el alcohol, como las drogas y los trastornos mentales junto a otros factores sociales pueden influir en estas variaciones del número de suicidios.

A continuación, resumimos las cifras españolas oficiales de suicidio en jóvenes menores de 20 años publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y referidas al periodo 1976-1991.

---

<u>A Ñ O</u>	<u>NÚM. SUICIDIOS</u>
1976	48
1977	44
1978	70
1979	48
1980	55
1981	83
1982	93
1983	74
1984	106
1985	84
1986	108
1987	118
1988	129
1989	116
1990	112
1991	124

---

Finalmente, señalar algunos resultados referidos a otros países. En Montreal, Cheifetz et al (1987) observaron una tasa de suicidio entre 10 y 19 años del 5.92 por 100.000 habitantes y años, con predominio de varones en una proporción de 10:2. Para Holinger et al (1987) la tasa de suicidio entre adolescentes sería actualmente del 11.9 por 100.000 habitantes. Mientras que en Grecia, Beratis (1991) encuentra una de las tasas de suicidio consumado en jóvenes de 10-19 años más bajas del mundo con 0.98/100.000.

**I.5.4. Epidemiología de las tentativas de suicidio:**

Las dificultades señaladas para la elaboración de estadísticas sobre suicidio, son aún mayores en lo relativo a las tentativas de suicidio, ya que los casos que no requieren atención hospitalaria son generalmente ocultados por las familias e incluso por los médicos, siendo de todo punto imposible contabilizarlas (Aranda, 1984).

Este tipo de conducta suicida ha sufrido un espectacular incremento entre la población adolescente en los últimos años. Según los datos de Morandé y Carrera (1985) el intento de suicidio ha pasado de suponer el 5% de las consultas de adolescentes en 1978 al 11% en 1983. Estos autores observaron que el pico máximo de tentativas de suicidio ocurría en las mujeres de 16 años (25%) y en los varones de 13 (41%).

Se ofrecen datos dispares respecto a la proporción entre tentativas de suicidio y suicidios consumados. Jacobziner (1965) calcula una relación de 100:1 en adolescentes, mientras que Garfinkel (1989) en una población rural encuentra una proporción de 350:1 (citado por Berman y Jobes, 1991). En un trabajo de Colin et al citado por Morandé y Carrera (1985) se calcula que la relación tentativa de suicidio y suicidio consumado es de 60:1 en el grupo adolescente, mientras que Alonso Fernández (1985) ofrece una proporción entre 50:1 y 70:1.



Respecto a las tasas de tentativas de suicidio se ofrecen cifras de alrededor de 400 a 800 por 100.000 habitantes y año (Alonso Fernández, 1985; Diekstra, 1989a).

Joffe et al (1988) obtienen los siguientes resultados en población general en Ontario: entre un 5 y 10% de los hombres y entre un 10 y 20% de las mujeres, de edades comprendidas entre los 12 y 16 años, tienen ideación suicida o han tenido intentos de suicidio en los últimos seis meses.

Por último, Pfeffer et al (1984) en población adolescente general encontraron que el 8.9% tenía ideación suicida y el 1% habían cometido tentativas de suicidio, mientras que en un estudio realizado por Meehan et al (1992) entre universitarios de Nevada un 53.9% reconocieron haber tenido ideación suicida, y un 10.4% haber realizado algún intento autolítico.

## I.6. CLASIFICACIÓN DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS.

En un apartado anterior hemos hecho referencia a algunas clasificaciones del suicidio desarrolladas en el siglo XIX por autores como Jousset (1858) o Durkheim (1897). Aquí mencionaremos brevemente algunas otras propuestas por autores contemporáneos.

En 1965 R. E. Gould realizó una clasificación de las conductas suicidas en la infancia y adolescencia diferenciando los siguientes tipos:

- 1 - Suicidio motivado por el deseo de conseguir apoyo y fuerza a través de unirse a un poderoso objeto amado perdido. En este caso la muerte reúne al niño o adolescente con un padre o madre muerto en los que él cree que asienta su seguridad.

- 2 - La muerte como evitación del abandono o amenaza de abandono. Si es amenazado con rechazo o abandono, el joven puede decir: *"no me puedes dejar, yo te dejo"*. Se pone así en evidencia el castigo a la otra persona así como la demostración de poder y control para enmascarar los sentimientos de desesperanza.

- 3 - Conducta suicida como manipulación para obtener el amor o la atención y castigar al otro. *"Lo sentirás cuando me muera. Deberías tratarme mejor. Si me quieres vivo préstame atención y muéstrame cariño"*.

- 4 - Búsqueda de la redención de los pecados por la muerte. Aunque para Gould este motivo es relativamente poco frecuente entre niños y adolescentes, podría suceder a veces.

- 5 - Autoasesinato. Cuando la rabia hacia otro es de gran intensidad y por alguna razón no puede expresarse, puede volverse hacia uno mismo y representar simbólicamente el asesinato del otro.

- 6 - Suicidio por desintegración de la personalidad. En el curso de un proceso psicótico activo, el niño o el adolescente puede oír voces que le ordenen morir, o puede tener un concepto tan extravagante de la muerte debido a su pobre orientación en la realidad que le lleve al suicidio.

- 7 - Un último grito de ayuda. Una tentativa de suicidio puede ser una señal de SOS enviada difusamente y al azar con la esperanza de que alguien la recoja. Puede ser enviada cuando el joven se siente sobrepasado y no encuentra forma de sobrellevarlo.

Baechler (1981) propone distinguir once tipos de suicidio, reagrupados en cuatro categorías más generales:

- 1 - El suicidio escapista (huida, duelo, castigo) aparece como un medio para escapar de algo.

- 2 - El suicidio agresivo (venganza, crimen, chantaje, llamada): el sujeto quiere matarse para alcanzar a alguien.

- 3 - El suicidio oblativo (sacrificio, paso) para alcanzar un valor superior o un estado deleitable.

- 4 - El suicidio lúdico (ordalía, juego) que solicita el juicio de los dioses o juega con la vida.

Habitualmente las conductas suicidas de los enfermos mentales pueden ser clasificadas esencialmente dentro de los tipos de suicidio escapista y agresivo (Chanoit, 1985).

En nuestro país, Giner propone una clasificación de las conductas suicidas que atiende fundamentalmente a la forma de la suicidalidad, con las siguientes categorías (Giner y Leal, 1982):

- 1 - Suicidalidad activa, cuando el individuo hace algo directamente sobre su integridad física con intenciones autoagresivas. La agresividad intrapunitiva es, por tanto, lo más característico de esta forma de suicidalidad:

- Acción suicida:

- Suicidio consumado

- Suicidio frustrado

- Tentativa de suicidio
- Gesto suicida

- Automutilaciones.

- 2 - Suicidalidad pasiva, que encierra grandes dificultades de estudio, por lo que se le dedican menos investigaciones y muchas veces no se tiene en cuenta a la hora de hablar de conducta suicida. Los mecanismos de autoagresividad en estas conductas pasivas de suicidio van a estar matizados de forma muy destacada por dejar indeterminada la solución del acto suicida:

- Conducta de riesgo:
  - Ordalía
  - Toxicomanías suicidas
  - Conductas agravantes
- Desinterés por vivir.

Dentro del suicidio en jóvenes, Alonso Fernández (1979) distingue, además del suicidio psicótico, tres tipos psicológicos de suicidio:

- 1 - Suicidio por desesperación: situación insoportable empapada de soledad y desesperanza.

- 2 - Suicidio por miedo: es equiparable al suicidio en cortocircuito, por ejemplo cuando el niño o adolescente vive como un peligro inminente un castigo.

- 3 - Suicidio por venganza o chantaje: la muerte no es aquí un fin sino un medio, siendo el tipo de suicidio más premeditado.

Rojas (1984) en su completa obra sobre el suicidio reconoce la dificultad de realizar una correcta clasificación, debido a la multiplicidad de acontecimientos que suceden dentro de lo que se ha dado en llamar "*suicidalidad*", y elabora una amplísima clasificación de los fenómenos suicidas:

- 1 - Según la etiología:

- Suicidio psicótico.
- Suicidio neurótico.
- Suicidio social.
- Suicidio psicodisplásico.
- Suicidio filosófico.

- 2 - Según la forma:

- Según la dinámica formal:

- Suicidio impulsivo.
- Suicidio fóbico-obsesivo.
- Suicidio reflexivo.
- Suicidio histriónico.

- Según la técnica:
  - Suicidios de técnica suave.
  - Suicidio brutal.
  - Suicidio de técnica intermedia.
  - Suicidios insólitos.
  - Suicidios enmascarados.
  - Suicidio social o moral.
  
- 3 - Según la intencionalidad:
  - Suicidio con intención de morir.
  - Suicidio como huida de una situación insostenible.
  - Conductas de riesgo.
  - Suicidio de intencionalidad ordálica.
  - Veleidad suicida.
  - Chantaje suicida.
  - Suicidio por revancha.
  - Suicidio por balance existencial.
  
- 4 - Según la relación de integridad con la sociedad:
  - Suicidio egoísta.
  - Suicidio altruista.
  - Suicidio anómico.

- 5 - Según los resultados:
  - Suicidio consumado.
  - Suicidio frustrado.
  - Intento de suicidio.
  - Suicidio aparente.
  - Equivalente suicida.
  - Suicidio moral.
  
- 6 - Según el curso evolutivo:
  - Suicidio único.
  - Intento de suicidio reincidente o recidivante.
  
- 7 - Según la gravedad:
  - Suicidio mortal.
  - Suicidio muy grave.
  - Suicidio grave.
  - Suicidio leve.
  
- 8 - Según el número de personas que participan en el acto:
  - Suicidio individual.
  - Suicidio doble.
  - Suicidio ampliado.
  - Suicidio colectivo.



- 9 - Según la conciencia del acto:
  - Según la psicopatología de la conciencia:
    - Suicidio consciente.
    - Suicidio en el curso de un embotamiento de conciencia.
    - Suicidio en la confusión oneroide.
    - Suicidio en un estado crepuscular.
  - Según la intención consciente:
    - Suicidio de intención consciente.
    - Suicidio de intención inconsciente.
- 10 - Según la actitud del sujeto ante su vida:
  - Suicidio activo.
  - Suicidio pasivo.

Fernandes da Fonseca (1985) propone la siguiente tipología del comportamiento suicida, interrelacionando factores etiopatogénicos y elementos de la personalidad:

---

Acto practicado	Causa predominante	Personalidad
Suicidio	Biológica	Psicótica
Tentativa verdadera	Psicológica	Neurótica
Tentativa simulada	Sociocultural	Reactiva

---

Finalmente Duché (1964) considera cuatro tipos de suicidio según su intencionalidad:

- 1 - Suicidio como huida: el adolescente busca escapar, mediante el suicidio, de una situación estresante que le resulta intolerable.

- 2 - Suicidio como búsqueda de ayuda: es una llamada de auxilio a los demás ante la desesperanza que invade al adolescente.

- 3 - Suicidio como llamada de atención: también es denominado con cierto tono despectivo "*chantaje*", sin embargo jamás debe minimizarse su importancia.

- 4 - Suicidio en sentido estricto: el sujeto busca directamente la muerte.

## II. HACIA UN MODELO EXPLICATIVO DEL SUICIDIO

## II. HACIA UN MODELO EXPLICATIVO DEL SUICIDIO

### II.1. MODELOS EXPLICATIVOS MULTIDIMENSIONALES DEL FENÓMENO SUICIDA.

#### II.1.1. Introducción:

Villardón (1993) propone agrupar los modelos explicativos en función de los aspectos sobre los que recae el peso de la vulnerabilidad al suicidio, distinguiendo modelos de vulnerabilidad biológica, psicológica, psicosocial y biopsicosocial.

En la actualidad cobran una mayor importancia los modelos multidimensionales que han venido a sustituir a anteriores modelos unidimensionales en la explicación de la conducta suicida.

La trascendencia de dichos modelos no reside solamente en su carácter explicativo, sino que también intentan tener valor predictivo (puesto que estudian las variables que se relacionan con la conducta suicida) y capacidad preventiva (ya que permiten actuar sobre dichas variables).

Podemos señalar como antecedente de los actuales modelos multidimensionales, los estudios de Weiss (1954), quien destacaba tres factores fundamentales en la compleja naturaleza del suicidio:

- Las actitudes del grupo en cada sociedad.
- Las situaciones externas con las que se encuentra el sujeto.
- El carácter y la personalidad del individuo.

Dentro de los modelos multidimensionales vamos a referirnos brevemente a dos, el "*Modelo arquitectónico*" de Mack (1986) y el "*Modelo basado en el Estado de la Mente*" de Bonner y Rich (Citado por Villardón, 1993), mientras que analizaremos con mayor detenimiento el "*Modelo de sobreposición*" de Blumenthal.

El modelo arquitectónico propuesto por Mack (1986) se basa en la integración de los siguientes elementos: contexto sociopolítico, vulnerabilidad biológica, experiencias precoces,

organización de la personalidad, relaciones objetales y, por último, la psicopatología y la relación del adolescente con la muerte.

El modelo de Bonner y Rich (1987), multidireccional y dinámico, reúne las variables en dos grupos: en primer lugar, el contexto socioindividual que incluye aspectos del ambiente social -tanto general como inmediato- y del entramado individual del sujeto; y en segundo lugar, el conjunto de características psicológicas que acompañan a la conducta suicida (depresión, desesperanza, soledad y bajo autoconcepto) y que los autores engloban bajo el término "*Estado mental suicida*".

#### II.1.2. Modelo de sobreposición:

Blumenthal (1988,1990a) propone un modelo teórico global para la comprensión de la conducta suicida que denomina "*The Overlap Model*" (Modelo de sobreposición o superposición).

Los factores de riesgo presentes en el modelo son agrupados en cinco áreas:

- Diagnóstico psiquiátrico.
- Trastornos y rasgos de personalidad.

- Factores psicosociales y ambientales.
- Variables genéticas y familiares.
- Factores bioquímicos.

El modelo, basado en estas cinco esferas de influencia, ofrece un sencillo esquema para analizar los factores de riesgo del suicidio, y puede ser de gran utilidad tanto para el investigador como para el terapeuta en su actuación clínica. Puede ser representado de manera gráfica mediante una serie de diagramas de Venn entrelazados.

La asociación de varios de estos elementos incrementa el riesgo de suicidio, de forma que interaccionan desde factores predisponentes como pueden ser la predisposición biológica o familiar al suicidio, con otros factores de riesgo que se desarrollan a lo largo de la vida como puede ser un trastorno psiquiátrico o la exposición a un suicidio.

Para Blumenthal (1988) una persona con alguno o algunos de estos factores de riesgo, que en un determinado momento de su vida sufre una experiencia humillante y dispone de medios para realizar un suicidio, se plantea esa posibilidad, disminuyendo el umbral de aparición de una conducta suicida.

Para su autora, estas dimensiones no representan solamente factores de riesgo, sino también esferas de vulnerabilidad, aún cuando falta por demostrar el nivel y el grado de contribución de cada uno de ellos al potencial suicida. Así, se sabe que el 15% de los pacientes con un trastorno afectivo se suicidan; pero no ocurre esto con el 85% restante.

La posible capacidad de intervención sobre estas esferas de vulnerabilidad, dota al modelo de Blumenthal de un carácter preventivo, ya que la presencia de ciertos factores protectores tales como flexibilidad cognitiva, esperanza, sólidos respaldos sociales y tratamiento psiquiátrico adecuado, contribuye a la conservación de una barrera protectora contra la conducta suicida.

Estas áreas de vulnerabilidad que conforman el modelo propuesto por Blumenthal serán desarrolladas ampliamente en los siguientes epígrafes de este capítulo, y nos permitirán profundizar en el conocimiento de las conductas suicidas de los adolescentes.



## II.2. FACTORES PSICOLÓGICOS Y RASGOS DE PERSONALIDAD.

### II.2.1. Perspectiva psicodinámica:

Como ya hemos señalado, S. Freud fue uno de los primeros autores en analizar las motivaciones psicológicas del suicidio, considerándolo un fenómeno de origen intrapsíquico. Posteriormente, a partir de las teorías de Freud, Karl Menninger (1938) ha propuesto una interpretación general del suicidio basada en tres elementos: El deseo de matar, el deseo de ser matado, y el deseo de morir. En síntesis, para el psicoanálisis, el suicidio representa una hostilidad inconsciente dirigida hacia el objeto amado introyectado.

Para K. Horney (1942) el acto suicida se fragua por una discrepancia entre el "Yo real" y el "Yo idealizado", que provoca una "alienación del Yo". En el marco de una alienación grave, un impulso repentino de odio hacia sí mismo podría contribuir a un desenlace suicida.

Hendin (1963), aunque acepta la importancia de la noción de suicidio como un asesinato invertido, reconoce que se ha producido un abuso de dicho concepto, en un intento de explicar todas las conductas suicidas, y llama la atención acerca de la

mezcla de sentimientos que sobre el deseo de morir presentan los suicidas. Para este autor el suicidio es un drama psicológico en el que resulta reveladora la forma en que se realiza, así, la elección del método suicida puede informarnos sobre la organización e integración de la personalidad del sujeto.

Hendin (1963) distingue las siguientes constelaciones psicodinámicas en relación con la muerte y el suicidio:

- 1 - La muerte como abandono por venganza. El sujeto, mediante el suicidio, pasa a ser él quien abandona y quien rechaza, experimentando a través de la muerte un sentimiento de "omnipotencia" y de falso control de la situación.

- 2 - La muerte como asesinato retrodirigido. Se trataría de un homicidio invertido, presidido por el deseo de revancha.

- 3 - La muerte como reunión. Existe un deseo, consciente o inconsciente, de reunión con una persona querida.

- 4 - La muerte como reencarnación. En su fantasía el sujeto puede desear volver a nacer.

- 5 - La muerte como autocastigo. La motivación original puede centrarse en el fracaso, la culpa o el intento de expiación.

- 6 - Sujetos que se ven a sí mismos muertos. Se sienten muertos, pero no de una forma delirante, sino emocionalmente muertos.

Para Ladame (1987) la angustia del adolescente suicida sería una angustia de separación, ya que el futuro suicida no puede afrontar la separación. Este autor destaca el importante grado de bloqueo del proceso de internalización que caracteriza al grupo de adolescentes suicidas.

En este mismo sentido, Pfeffer (1985) señala cómo en ocasiones una intensa simbiosis del niño con el progenitor promueve una sobreidentificación con él que le impide diferenciarse de los otros, convirtiéndose en un elemento importante de vulnerabilidad al suicidio. Los niños suicidas podrían confundir e identificar las percepciones y sentimientos sobre ellos mismos con las percepciones y sentimientos sobre los otros.

Siguiendo las observaciones de Sandler y Joffe (1965), Pfeffer (1985) considera que cuando el niño no es capaz de tolerar adecuadamente sus experiencias y frustraciones puede sufrir una regresión a una fase anterior. Esta regresión del Yo puede ser una importante característica del comienzo de acciones suicidas en niños.

La escisión del Yo también es un mecanismo frecuente en el fenómeno regresivo del suicida. Este mecanismo consistiría en separar totalmente lo bueno/malo de él y de los demás, pudiendo el joven realizar un acto suicida en un intento de quitar de su conciencia todo lo malo que hay en él y en los demás (Pfeffer, 1985).

Numerosos autores franceses insisten en el concepto de "tiempo propio" de los jóvenes suicidas, de forma que habría un estrechamiento del tiempo, que queda reducido a las dimensiones de un acontecimiento inmediato y que toma desde entonces el valor aplastante de lo irremediable (Ladame, 1987).

Glaser (1965), en el análisis de los aspectos psicodinámicos que anteceden a un plan suicida, distingue las tensiones intrafamiliares (personalidad neurótica de la madre, necesidad de la madre de realizar un control rígido sobre todos los movimientos de su hijo, ausencia de la figura parental, etc.), y la conflictividad intrapsíquica del adolescente (problemas sexuales para los que no encuentra ayuda por ser un tabú, baja autoestima, sentimientos de no ser deseado, trastornos psiquiátricos, etc.).

II.2.2. Otros aspectos psicológicos:

Granados (1985) subraya la tendencia al "paso al acto" junto con la negación, como características de las conductas suicidas de la adolescencia. Para este autor, "paso al acto" y negación no serían sino intentos del adolescente de escapar, a menudo literalmente, de sus problemas, en un esfuerzo por evadirse de la negativa y devaluada imagen que tiene de sí mismo.

En el fondo, el adolescente suicida buscaría una supervivencia, un renacimiento. Coquetea con la muerte, juega con la idea de muerte, en un manejo que tiene mucho de actividad mágica, de control omnipotente. Esta manipulación de la idea de muerte voluntaria permite al adolescente aumentar los límites del propio poder, confirmándole en su conciencia de vida. Para muchos de estos adolescentes morir puede equivaler a matar el cuerpo pero sin significar necesariamente la muerte de la mente (Granados, 1985).

Esta carga de cualidad mágica presente en las tentativas de suicidio de los adolescentes también fue señalada por Gould (1965), para quien en muchas ocasiones el pensamiento mágico estaría aliado con un sentimiento de grandiosidad y omnipotencia que oculta los sentimientos de desesperanza del adolescente.

El importante papel desempeñado por la desesperanza en el suicidio juvenil ha sido analizado por algunos investigadores, que han encontrado niveles significativamente más altos que en los adolescentes control (Topol y Reznikoff, 1982).

Para Pfeffer (1985) el deseo de muerte, la desesperanza, las vivencias de inutilidad, la preocupación por la muerte, y la concepción temporal y agradable de la muerte se correlacionan con el riesgo de conducta suicida en los jóvenes, mientras que para Trautman y Shaffer (1989) la rabia o el enfado y no la tristeza suele ser el estado emocional predominante.

Shneidman (1988) enumera las siguientes características comunes a todo acto suicida:

- El propósito común del suicidio es buscar una solución.
- El objetivo común es el cese de la conciencia, del contenido insufrible de la mente.
- El estresor común en el suicidio son las necesidades psicológicas frustradas.
- La emoción común en el suicidio es la indefensión - desesperanza.

- El estado cognitivo común es la ambivalencia.
- El estado perceptual común en el suicidio es la constricción. La persona percibe solamente una posibilidad ante los problemas.
- La acción común es el escape.
- El acto interpersonal común es la comunicación de la intención.
- El acto suicida es coherente con los patrones de afrontamiento que ha tenido el sujeto a lo largo de la vida.

Para Villardón (1993) este modelo del suicidio propuesto por Shneidman supone un enriquecimiento de la perspectiva psicológica pura, ya que enlaza con los modelos psicosociales explicativos del suicidio.

Neimeyer (1983) aplica la teoría del constructo personal de Kelly a la depresión y el suicidio concluyendo que los sistemas de constructos personales de los individuos suicidas se caracterizan por:

- Anticipación de fracaso, íntimamente relacionada con la desesperanza respecto al futuro.

- Autoconstrucción negativa, que tiene mucho que ver con una baja autoestima.
- Construcción polarizada o pensamiento dicotómico.
- Aislamiento interpersonal.
- Constricción en el contenido y aplicación de constructos.
- Desorganización del sistema de constructos.

Se ha encontrado que algunos rasgos y trastornos de la personalidad son importantes factores de riesgo para el suicidio (Blumenthal, 1988), de forma que en los adolescentes los trastornos de la conducta y la personalidad límite coexisten con una elevada proporción de suicidios.

Aún cuando no se han obtenido resultados concluyentes que permitan hablar de una personalidad suicida (Villardón, 1993), diversas investigaciones sobre jóvenes que se quitan la vida destacan algunos rasgos de personalidad específicos como tendencia a aislarse, perfeccionismo, impulsividad o actitud reservada (Shaffer, 1974).



En un estudio sobre adolescentes con tentativas de suicidio, comparados con adolescentes deprimidos y controles sanos, De Wilde et al (1993) encuentran puntuaciones más altas en los rasgos de personalidad "inadecuación", "aflicción" y "competencia". Asimismo, estos adolescentes suicidas tenían un "locus de control" más externo, una menor autoestima, más psicopatología y más ansiedad (rasgo y estado).

El "locus de control" es un constructo que se refiere a la situación en la que los individuos perciben el refuerzo como contingente sobre sus acciones; de forma que los que tienen un locus externo atribuyen el efecto a algún factor exterior como la casualidad, mientras que los que poseen un locus interno perciben que el efecto es contingente con sus acciones y está bajo su propio control.

Pearce y Martin (1993), mediante un estudio con escolares australianos, sugieren que los adolescentes con un "locus de control" externo tienen cinco veces más riesgo de realizar una tentativa de suicidio.

Para Berman y Jobes (1991) los rasgos de personalidad encontrados con más frecuencia en adolescentes suicidas son: hostilidad, rabia, baja tolerancia a las frustraciones e impulsividad.

Para Eisenberg (1980) los suicidios impulsivos son más frecuentes en la adolescencia que en otras edades. Este carácter impulsivo de los suicidios en adolescentes también ha sido constatado por Shaffer et al (1988) y Hoberman y Garfinkel (1988), quienes encuentran una proporción de suicidios consumados impulsivos frente a los planeados de cuatro a uno.

Brown et al (1991) encontraron que el 56.4% de las tentativas suicidas en adolescentes eran impulsivas, el 28.7% premeditadas y el 14.9% no se pudo precisar. Entre las premeditadas y las impulsivas no observaron diferencias de edad ni sexo, aunque sí constataron que los adolescentes premeditadores tenían un mayor nivel de depresión y desesperanza.

Para estos autores el *distress emocional* sería importante en la conducta suicida impulsiva, mientras que la no impulsiva estaría más relacionada con una fuerte carga de rabia hacia uno mismo, por lo que concluyen que la premeditación de la tentativa suicida podría identificar un grupo de adolescentes de riesgo más elevado.

Por el contrario, algunos estudios cuestionan la relación entre las conductas impulsivas y el suicidio en la adolescencia. Brent et al (1993a) encuentran que adolescentes con tentativa suicida tenían menos antecedentes de conducta agresiva impulsiva

que un grupo de controles psiquiátricos (24.3% Vs. 53.6%), mientras que únicamente en el 15% de los adolescentes franceses con tentativa suicida estudiados por Zivi (1986), predominaba la intolerancia y el paso al acto como rasgos característicos de su personalidad. Incluso, Garrison et al (1991) afirman que los trastornos de conducta agresivos pueden tener un papel protector.

### II.3. ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS Y TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.

#### II.3.1. Introducción:

Aunque, como señala Chanoit (1985), el suicidio en los enfermos mentales es solamente un caso especial de una conducta mucho más general, no se debe olvidar que los pacientes psiquiátricos forman un grupo particularmente susceptible de presentar comportamientos suicidas, de forma que ya en 1856, De Boismont afirmaba de forma lapidaria que << el que se suicida es un desdichado o un loco >>. Actualmente se considera que la enfermedad mental es una condición necesaria aunque insuficiente para el suicidio (Rich et al, 1986).

Según estudios epidemiológicos realizados en adultos, entre un 90% y 98% de los suicidas tienen un trastorno mental (Rich et al, 1986; Runeson, 1989; Allebeck y Allgulander, 1990a), fundamentalmente depresión, alcoholismo o esquizofrenia.

Si bien se había sugerido que durante la adolescencia estos porcentajes eran probablemente menores (Shaffer y Fisher, 1981), recientes investigaciones apuntan a que solamente una pequeña proporción de adolescentes suicidas están libres de síntomas psiquiátricos (Shaffer et al, 1988). Sirvan como ejemplo los

rigurosos estudios de Marttunen et al (1991) y de Brent et al (1993b) en los que se concluye que entre un 90% y un 94% de los adolescentes víctimas de suicidio presentan un diagnóstico psiquiátrico, probable o definitivo, según criterios DSM-III.

Finalmente, cuando son individuos sin psicopatología aparente los que consuman un suicidio, los factores potenciales de riesgo incluirían el aislamiento, los rasgos de personalidad narcisistas y perfeccionistas y la enfermedad psiquiátrica familiar (Rao, 1994).

#### **II.3.2. Diagnóstico psiquiátrico y suicidio:**

El método de la autopsia psicológica es el más utilizado para estudiar la existencia de enfermedad mental en suicidas. Brent et al (1993c) han desarrollado una técnica, a través de la historia familiar, mediante la cual validan los resultados obtenidos por la autopsia psicológica, confirmando la validez de los diagnósticos psiquiátricos obtenidos.

Berman y Jobes (1991) consideran que los diagnósticos que se realizan con mayor frecuencia en los adolescentes suicidas se caracterizan por disregulación afectiva, intensa rabia y conducta impulsiva.

Numerosos investigadores consideran que los trastornos afectivos son los trastornos psiquiátricos más frecuentes en los jóvenes suicidas. Sirvan como ejemplo las siguientes prevalencias obtenidas por Marttunen et al (1991) mediante el estudio de 53 suicidas de 13 a 19 años: depresión (51%), alcoholismo (26%), trastorno de adaptación (21%) y trastorno de personalidad (21%).

Runeson (1989) estudia una muestra de 58 suicidios consumados por jóvenes entre 15 y 29 años, utilizando criterios DSM-III-R. Los diagnósticos más frecuentes en el eje I fueron: depresión mayor (22%), esquizofrenia (14%) y trastorno adaptativo (14%).

También en el estudio de Shafii et al (1988) el diagnóstico más frecuente entre los suicidas fue el de trastorno afectivo con un 76%, mientras que un 62% de los suicidas tenían un diagnóstico primario o secundario de abuso de sustancias. Esta elevada prevalencia de consumo de tóxicos aparece, asimismo, reflejada en los resultados de Runeson (1989), ya que un 47% de los jóvenes suicidas presentaban abuso o dependencia de tóxicos, siendo generalmente secundario a otro diagnóstico psiquiátrico.

En el trabajo de Brent et al (1993b) sobre adolescentes fallecidos por suicidio, el diagnóstico más frecuente fue el de trastorno afectivo (49,3%), siendo el patrón de comorbilidad más frecuente el de trastorno afectivo con abuso de sustancias (24,2%).

Otros muchos autores han destacado este importante papel desempeñado por la comorbilidad en el suicidio juvenil. Marttunen et al (1991) encuentran una tasa de comorbilidad del 51% entre las víctimas, mientras que en el trabajo de Shafii et al (1988) alcanza el 81%.

Respecto a los trastornos de personalidad entre los niños y adolescentes suicidas, Shafii et al (1988) encuentran un 29% de diagnósticos en el eje II del DSM-III, mientras que Runeson (1989) obtiene un 28% de trastornos borderline y un 2% de trastornos antisociales. Runeson y Beskow (1991) también hallan un 33% de personalidad borderline.

Por último, destacar dos investigaciones con resultados notablemente diferentes a los señalados anteriormente. Turgay (1989) en un estudio de 139 niños y adolescentes suicidas encuentra como diagnóstico más frecuente el trastorno de adaptación, seguido del trastorno de conducta y la depresión mayor, mientras que en la amplia muestra de Allebech et al (1988) las tasas más altas, entre adolescentes suecos fallecidos por suicidio, corresponden a neurosis y trastornos de personalidad.

### **II.3.3. Depresión y comportamientos suicidas:**

Se ha prestado una atención prioritaria a la relación entre la depresión y las conductas suicidas ya que la sintomatología depresiva está presente en muchos jóvenes que realizan tentativas autolíticas, aunque para Carlson (1987) su frecuencia sería algo menor a la recogida por la literatura sobre adultos.

Generalmente se considera que la ideación suicida es un reflejo de la gravedad de la depresión. Sin embargo, no se debe olvidar que muchos jóvenes con ideación suicida no están deprimidos en absoluto por lo que sus intentos de suicidio aún siendo tan serios como los de sus compañeros deprimidos, suelen pasar más desapercibidos (Carlson y Cantwell, 1982).

Lewinsohn et al (1993) desarrollan su investigación a partir de la hipótesis de que la conducta suicida es una manifestación más grave de depresión, por lo que la frecuencia y gravedad de la tentativa suicida estaría asociada a depresión más severa. Estudian 1710 adolescentes escolares de Oregon, de los cuales 121 (7%) habían realizado alguna tentativa autolítica, y observaron cómo éstas se asociaban con el diagnóstico de depresión, abuso de sustancias y trastornos de conducta. Para estos autores las características psicosociales asociadas a una tentativa de suicidio previa son muy similares a las características que



repetidamente se han mostrado asociadas a la depresión de los adolescentes.

Robbins y Alessi (1985a) encuentran en su estudio que las tendencias suicidas están altamente asociadas con depresión, autoimagen negativa, desesperanza, insomnio, disminución de la concentración y anhedonia. Mediante un análisis de regresión múltiple comprobaron que la depresión y el abuso de alcohol eran los factores que mejor predecían las tendencias suicidas.

Kienhorst et al (1992) estudian la relación entre depresión y conducta suicida en la adolescencia desde una perspectiva diferente. Compararon un grupo de adolescentes con tentativa de suicidio con otro de deprimidos, y encontraron que los dos grupos no se diferenciaban en muchas de las variables analizadas, por lo que suponen que la mayoría de adolescentes con tentativa de suicidio presentan un trastorno afectivo.

No obstante, Kienhorst et al (1992) observaron las siguientes diferencias entre los adolescentes con tentativa suicida y los deprimidos:

- Los adolescentes con T.S. habían tenido más cambios en las personas que les cuidaban, sus padres vivían lejos y, además, tenían más embarazos y abortos.

- Los jóvenes con T.S. presentaban más psicopatología medida con "*The Psychopathology Scale*" y más conflictos con sus padres y madres. También, consideraban sus problemas como más graves y evaluaban los seis meses anteriores como más negativos que los adolescentes deprimidos.

- Los adolescentes con T.S. no diferían de los deprimidos en el grado de depresión, pero tenían más labilidad emocional y tendencia al aislamiento con disminución de las actividades.

- Los jóvenes con T.S. tenían una visión más desesperada de su situación, una expectativa más negra del futuro y una actitud más permisiva hacia la conducta suicida.

En otro estudio, no específico de adolescentes, realizado con pacientes atendidos en un servicio de urgencias psiquiátricas por presentar ideación suicida, Hawley et al (1991) observaron que la ideación suicida no estaba íntimamente asociada a enfermedad depresiva, de forma que solamente el 13.2% de los casos fueron diagnosticados de depresión.

Por último, en España, Velilla et al (1994) encontraron en un grupo de adolescentes con tentativas de suicidio, que aunque presentaban un cierto componente depresivo, éste no alcanzaba la suficiente intensidad como para hablar de una auténtica depre-

sión. Así, cuando administraron el SDS de Zung solamente el 25% alcanzaron puntuaciones elevadas, es decir, francamente depresivas.

#### **II.3.4. Tentativas de suicidio y psicopatología:**

Algunos autores como Ladame (1987) defienden la idea de que en la adolescencia no habría tentativas de suicidio que no estén ancladas en una psicopatología, frecuentemente muy severa. Crumley (1982), incluso llega a afirmar que una tentativa de suicidio en un adolescente es un síntoma cardinal de un trastorno psiquiátrico.

Trautman y Shaffer (1989) consideran que los adolescentes más jóvenes se intentan suicidar debido a problemas interpersonales -generalmente familiares- mientras que los de más edad lo hacen por enfermedades mentales, trastornos de conducta, abuso de sustancias tóxicas y fracaso escolar.

Los diagnósticos psiquiátricos encontrados por Trautman et al (1991) en un grupo de mujeres adolescentes con tentativas de suicidio en el momento del estudio fueron: trastornos de conducta (46%), trastorno depresivo mayor (32%), trastorno depresivo menor (10%) fobias simples (28%) y ansiedad generalizada (14%). Mientras que un 13% de las adolescentes no presentaron diagnóstico psiquiátrico.

En el estudio de Benjaminsen et al (1990) sobre jóvenes (18-29 años) con tentativas de suicidio, los trastornos de personalidad fueron los diagnósticos más frecuentes (30%). Estos jóvenes presentaban, comparados con controles normales, significativamente más rasgos de personalidad orales, histéricos y obsesivos. Por el contrario, en el estudio de Brent et al (1993a) el grupo de adolescentes suicidas tenía un predominio de los síntomas referentes a trastorno evitativo, dependiente y borderline.

Para Crumley (1982) los síndromes depresivos serían, con gran diferencia, los trastornos más frecuentemente encontrados en adolescentes con intentos suicidas, seguidos de la dependencia de alcohol y drogas. No obstante, a menudo existirían patrones de personalidad maladaptativos subyaciendo a estos síndromes.

Brent et al (1986) consideran que la ideación y conducta suicida están relacionadas con una gran cantidad de psicopatología, sin asociarse con ningún síndrome en particular, aunque los diversos componentes de la depresión serían los más correlacionados con la ideación y conducta suicida. Sin embargo, el hecho de que trastornos de atención, conducta y ansiedad también se relacionen con la suicidabilidad sugiere que otros factores como la impulsividad o las deficientes habilidades sociales puedan contribuir a la conducta suicida.

En un estudio posterior, Brent et al (1993d) encontraron que el trastorno depresivo mayor era el diagnóstico más frecuente entre las tentativas de suicidio (83.3 %).

Por último, debemos destacar el interesante trabajo realizado en un área de urgencias por Mattsson et al (1969). Estos autores encontraron que la reacción de adaptación era el diagnóstico inicial más frecuente en niños y adolescentes con tentativas de suicidio, aunque un seguimiento de estos pacientes permitió descubrir la existencia de patología psiquiátrica duradera, más severa que una simple reacción de adaptación, en un 75% de los casos.

#### II.4. FACTORES BIOLÓGICOS.

La búsqueda de factores biológicos relacionados con la conducta suicida es un hecho de reciente aparición ya que antes de 1967 solamente cinco publicaciones sobre el suicidio abordaron dichos aspectos (Asberg, 1990). Actualmente, aunque asistimos a un creciente interés investigador por este tema, siguen siendo escasos los estudios realizados entre niños o adolescentes suicidas.

##### II.4.1. Estudios neuroendocrinológicos:

Respecto al cortisol, ya en 1965, Bunney y Fawcett encontraron en pacientes deprimidos, la existencia de una relación entre una elevada tasa de excreción urinaria de los metabolitos del cortisol y la conducta suicida. Investigaciones posteriores también han sugerido una estrecha relación entre un test de supresión con dexametasona patológico y conducta suicida (Coryell y Schlessner, 1981; Banki y Arato, 1983; Targum et al, 1983), incluso en adolescentes (Robbins y Alessi, 1985b). Por el contrario, Schmidtke et al (1989) no pudieron confirmar esta supuesta relación entre un test de supresión de la dexametasona anormal y conducta suicida.

Partiendo de la hipótesis de que un trastorno en la regulación del eje hipotálamo-hipófisario-adrenal podría ser determinante del suicidio en la depresión, Roy (1992) estudió dicho eje en 44 pacientes que cumplían criterios DSM-III para depresión mayor, sin encontrar diferencias significativas entre el grupo con tentativas de suicidio y el de no suicidas. Sin embargo, los deprimidos con tentativa de suicidio violenta, en relación con los de tentativa no violenta, tenían niveles más elevados de cortisol plasmático tras la administración de la dexametasona, y además, un número significativamente mayor de ellos fueron no supresores.

#### **II.4.2. Función serotoninérgica:**

En 1967 Shaw et al encontraron unas concentraciones de 5-HT disminuidas en el mesencéfalo de un grupo de 22 suicidas, despertando el interés de otros investigadores por el estudio de la función serotoninérgica en las conductas suicidas (Korpi et al, 1986).

El análisis de los niveles de 5-HIAA en LCR es el método más ampliamente utilizado como índice del funcionamiento global central de la neurotransmisión serotoninérgica (Ayuso y Ayuso Mateos, 1988). Sin embargo, su carácter invasivo, ya que requiere

la práctica de una punción lumbar, limita su utilización como método predictivo.

Mann et al (1992) consideran que aún cuando la determinación de 5-HIAA en LCR no puede ser reemplazada en el estudio de la relación entre la serotonina y la conducta suicida, sí puede ser complementada por otras técnicas menos invasivas tales como el test de la fenfluramina, las medidas plaquetarias de receptores serotonina<sub>2</sub>.

Durante la última década han proliferado los trabajos que confirman la importancia de un trastorno en el metabolismo de la serotonina, reflejado por unas tasas bajas de 5-HIAA en LCR (Van Praag, 1982; Banki et al, 1984; Pérez de los Cobos et al, 1984; López-Ibor et al, 1985), en la génesis de las conductas suicidas de pacientes deprimidos. Dicha asociación es particularmente importante en los casos de suicidio mediante procedimientos violentos (Asberg, 1990). Este descenso en los niveles de 5-HIAA en LCR también se ha encontrado en pacientes suicidas con otras categorías diagnósticas tales como los trastornos de personalidad, el alcoholismo y la esquizofrenia.

El hallazgo de que pacientes que han realizado una tentativa de suicidio y mantienen unas tasas bajas de 5-HIAA en LCR presentan un elevado riesgo de suicidio, alcanzando hasta un 22%



de fallecimientos en el año siguiente (Träskman et al, 1981), puede tener un gran valor pronóstico. Para Asberg (1990), este descenso en la concentración de 5-HIAA podría ser considerado como un marcador de vulnerabilidad para el suicidio y reflejaría en parte el carácter familiar de las funciones serotoninérgicas.

Roy et al (1986) a partir de la observación de que individuos con una baja concentración de 5-HIAA en LCR presentaban insomnio y alteraciones en el test de tolerancia oral a la glucosa, han postulado que un déficit de la función serotoninérgica podría conducir a un pobre control de impulsos, alteraciones en el ritmo circadiano y en el metabolismo de la glucosa, originando agresividad, tentativas de suicidio y abuso de alcohol. Estos investigadores señalan al núcleo supraquiasmático, que presenta una rica inervación serotoninérgica, como principal centro de control de estos fenómenos. Para Ayuso (1993) la disminución de la neurotransmisión serotoninérgica central ejercería un papel permisivo para la expresión de la impulsividad.

Utilizando el test de la fenfluramina, López-Ibor et al (1990) encuentran una respuesta de la prolactina y el cortisol inferior en individuos con tentativas de suicidio frente a un grupo control de voluntarios. Estos resultados obtenidos concuerdan con las hipótesis que vinculan la conducta suicida

impulsiva con una hipofunción serotoninérgica y una disfunción corticoadrenal. Sin embargo, estos mismos autores no observan diferencias significativas en la respuesta al test de la fenfluramina entre conductas suicidas violentas y no violentas.

Mediante el empleo de imipramina tritiada, Stanley et al (1982) han estudiado la distribución cerebral de las neuronas serotoninérgicas, encontrando una disminución de la fijación de este ligando en la corteza frontal de pacientes suicidas. En este mismo sentido, Perry et al (1983) observaron que en el cerebro de sujetos suicidas existía un número más bajo de lugares de unión para la imipramina, mientras que Marazziti et al (1989) hallaron en mujeres atendidas por tentativas de suicidio, una disminución de la capacidad máxima de unión de la 3H-Imipramina a la membrana de las plaquetas. Asimismo, autopsias de individuos fallecidos por suicidio han permitido observar signos de una baja actividad de la enzima monoamino-oxidasa (MAO) en el cerebro y en las plaquetas (Asberg, 1990).

Por último, en un reciente estudio, Nielsen et al (1994) han encontrado en algunos individuos una variante genética del gen de la triptofano-hidroxilasa, que podría influir en la concentración de 5-HIAA en LCR y por lo tanto, en la predisposición a la conducta suicida.

Sin embargo, todos estos resultados se deben interpretar con reserva en adolescentes, ya que como señalan Brown y Linnoila (1990), la edad influye en los niveles de 5-HIAA en LCR, apareciendo niveles altos durante la infancia y la adolescencia, por lo que aún es preciso aclarar cómo estas variaciones se relacionan con la impulsividad y las conductas autodestructivas. En todo caso, como ha señalado recientemente Rao (1994), son muy escasos los estudios bioquímicos realizados en adolescentes víctimas de suicidio.

En un interesante estudio prospectivo en 29 niños y adolescentes con trastornos de conducta, Kruesi et al (1990a, 1992) encontraron que niveles más bajos de 5-HIAA en LCR y actividad autonómica más baja predecían una peor evolución. Asimismo, comprobaron correlaciones negativas significativas entre los niveles de 5-HIAA y la agresividad hacia los demás y la emoción expresada hacia la madre. Sin embargo, no les fue posible demostrar el valor predictivo del 5-HIAA en LCR para las conductas suicidas.

En la excelente revisión de Stanley y Stanley (1990) se analizan numerosos estudios sobre el papel de la serotonina en el suicidio, proponiendo como conclusión el siguiente modelo explicativo de la conducta suicida:

TRASTORNO PSIQUIÁTRICO + FACTORES NEUROQUÍMICOS = AUMENTO VULNERABILIDAD
AUMENTO VULNERABILIDAD + FACTORES PRECIPITANTES = CONDUCTA SUICIDA

#### II.4.3. Función dopaminérgica:

En lo referente a la dopamina, los resultados son menos homogéneos. Roy et al (1989, 1992) mediante el estudio de pacientes deprimidos con tentativa de suicidio, encontraron que estos tenían niveles significativamente más bajos de ácido homovanílico urinario, ácido dihidroxifenilacético y dopamina corporal que los deprimidos sin tentativa de suicidio. Tras un seguimiento de cinco años, comprobaron que los sujetos que realizaban una nueva tentativa de suicidio tenían concentraciones más bajas de ácido homovanílico en orina y de dopamina corporal, por lo que estos autores apuntan que el ácido homovanílico periférico puede ser un índice de suicidabilidad en la depresión.

Sin embargo, determinando las concentraciones de ácido homovanílico en la corteza frontal de víctimas de suicidio, Ohmori et al (1992) observaron niveles significativamente más altos que en los fallecidos por enfermedad física. Asimismo, la razón ácido homovanílico / 5-HIAA fue significativamente más alta en los suicidas.

En todo caso, es probable que las alteraciones en la función dopaminérgica se correlacionen con la disfunción serotoninérgica debido a la existencia de una relación funcional entre ambas o a la presencia de algún sistema de transporte común (Rubio y Pérez, 1994).

#### **II.4.4. Otros estudios:**

Mediante autopsias de sujetos suicidas y pacientes esquizofrénicos comparados con un grupo control, Altshuler et al (1990) observaron alteraciones en el tamaño del hipocampo y del parahipocampo, de forma que tanto los suicidas como los esquizofrénicos tenían un hipocampo más pequeño en el lado derecho que los controles. Además, el grupo de suicidas tenía un parahipocampo mayor en el lado izquierdo que en el derecho.

Arango et al (1990, 1992) encontraron algunas alteraciones en los receptores de monoaminas en el cerebro de víctimas de suicidio, con un aumento de la unión de  $^{125}\text{I}$ -LSD (Receptores 5-HT<sub>2</sub>) y  $^{125}\text{I}$ -Pindolol (Receptores Beta-adrenérgicos) en la corteza prefrontal y solamente de los Beta-adrenérgicos en la corteza temporal.

En una investigación realizada por Korpi et al (1988) comparando las concentraciones de GABA y 7 aminoácidos en el cerebro de suicidas y controles normales, se observó que la única diferencia significativa era la baja concentración de glutamina en el hipotálamo de los suicidas.

Engelberg (1992) ha sugerido que niveles bajos de colesterol sérico se relacionan con una disminución de la serotonina del cerebro con el consecuente aumento de la incidencia de las conductas suicidas y los homicidios.

Modai et al (1994) observan en pacientes psiquiátricos hospitalizados con tentativas de suicidio niveles significativamente más bajos de colesterol que los sujetos no suicidas, mientras que Sullivan et al (1994) estudiando una muestra de deprimidos encuentran asociación entre los niveles más bajos de colesterol y la suicidalidad, aunque consideran prematuro afirmar que dicha asociación sea causal.

Por el contrario, en un reciente estudio realizado en nuestro medio, Sáiz et al (1994) encuentran en mujeres con conducta suicida niveles más elevados de colesterol total que en un grupo de controles sanos, y los propios autores reconocen la poca utilidad de estos parámetros como marcadores biológicos de la conducta parasuicida.

Respecto a la relación de la conducta suicida con la fase del ciclo menstrual, en un estudio llevado a cabo en el Centro de Prevención del Suicidio de los Angeles, mediante el análisis de llamadas telefónicas realizadas por contenidos autolíticos o suicidas, Mandell y Mandell (1967) encontraron que los niveles más elevados ocurrieron en la primera fase de la menstruación, seguida del periodo premestrua y en tercer lugar, de la mitad del ciclo, siendo estos resultados similares a los obtenidos por Dalton (1964).

Salk et al (1985) han llegado a estudiar los factores de riesgo prenatales, perinatales y neonatales, concluyendo que condiciones precoces adversas pueden hacer al individuo más vulnerable al suicidio durante la adolescencia.

Finalmente, Nässberger y Träskman (1993) encontraron en pacientes con tentativas de suicidio una alteración del sistema inmune manifestada por un aumento de la concentración plasmática de S-IL-2R (Soluble interleukin-2 receptor).

Sin embargo, todos estos resultados aportados por los diferentes equipos de investigación deben ser interpretados con cierta cautela dados los problemas metodológicos que presentan, fundamentalmente en lo referente al diseño de dichos estudios.

## II.5. FACTORES PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES.

### II.5.1. Introducción:

Los factores sociales del suicidio han sido ampliamente estudiados desde la publicación de "*Le suicide. Etude de sociologie*" de Emile Durkheim en 1.897. Los estudios sociológicos consideran como factores fundamentales del riesgo general de suicidio, el estatus marital, el paro y el aislamiento social (Abbar, 1993), mientras que entre los jóvenes las cuatro áreas de estrés más asociadas con la suicidabilidad serían: la sexualidad, la presión académica, el suicidio familiar y las pérdidas personales, tanto de familiares como de amigos (Berman y Jobes, 1991).

Los factores socioambientales juegan indudablemente un papel decisivo en el incremento de las tasas de suicidio, así desde el siglo XIX se conoce que estas tasas aumentan durante los periodos de crisis económica, disminuyendo en los periodos de guerra (Abbar, 1993).

En las últimas décadas, el aumento de las cifras de suicidio juvenil persiste bajo diferentes condiciones socioeconómicas, ya que se hizo evidente en los tranquilos años 50, se mantuvo en los activos 60, durante la cultura de la droga de los 70 y durante



la etapa de crisis económica siguiente. Basándose en esta tendencia, Hendin (1985) ha formulado la hipótesis de que el origen del problema está enraizado con el descenso de la cohesión familiar.

Asimismo, se ha constatado que el aumento de la tasa de suicidios en adolescentes, se relaciona con un incremento de otras conductas temerarias en este grupo de edad, tales como abuso de sustancias tóxicas, delincuencia y homicidios; indicadoras todas ellas de estrés social.

Para Mann (1991), los elementos socioambientales constituyen una combinación de "*factores-rasgo*" que suponen una vulnerabilidad y de "*factores-estado*" que juegan el papel de elementos precipitantes. Estos factores precipitantes suelen ser acontecimientos humillantes de la vida como discordias personales o crisis disciplinarias inminentes (Blumenthal, 1988).

Abbar (1993) en la práctica distingue unos factores predisponentes (pérdidas parentales precoces) y otros factores precipitantes (acontecimientos vitales).

### II.5.2. Pérdidas parentales:

La hipótesis psicoanalítica sobre el papel de los traumas precoces en la etiología de la depresión y el suicidio (Abbar, 1993), ha generado una abundante literatura sobre la importancia de las pérdidas parentales precoces, aún cuando existen notables dificultades metodológicas, e incluso una cierta confusión sobre algunos conceptos como "separación" o "precoz".

Ya en 1936, Zilboorg demostró la elevada frecuencia de muerte parental en los antecedentes de jóvenes suicidas. Dorpat et al (1965) encontraron que la muerte del padre era significativamente más frecuente entre aquellos adolescentes suicidas que entre los intentos de suicidio; para estos autores la explicación estaría en que una pérdida objetal no resuelta en la infancia conduciría a una incapacidad para soportar pérdidas objetales posteriores. Hendin (1985) sugiere que un elevado número de adolescentes cuyas tentativas de suicidio están relacionadas con el fallecimiento de su madre, se caracterizan por haber mantenido con ellas relaciones "tristes y depresivas".

Por lo general los adolescentes que cometen intentos de suicidio se caracterizan por vivir bajo un estrés considerable y haber experimentado muchas pérdidas parentales tempranas por muerte, separación o divorcio de los padres (Stanley y Barter,

1970; Blumenthal, 1988), así como cambios significativos dentro de su núcleo familiar (Hirschfeld y Blumenthal, 1986). Jacobs y Teicher (1967) encontraron que los jóvenes con tentativas de suicidio que estudiaron estaban más frecuentemente separados de sus familias que los controles, independientemente de que procedieran o no de un hogar roto.

Marttunen et al (1993) sugieren que el divorcio puede ser un factor de vulnerabilidad, es decir, que el divorcio parental aumentaría la vulnerabilidad del adolescente a las separaciones como precipitantes del suicidio. Sin embargo, para Hendin (1985) existían algunas dudas en la relación entre suicidio juvenil y separación o divorcio de los padres.

En un reciente estudio de Tousignant et al (1993) en Montreal, se analiza el impacto psicológico del divorcio sobre los adolescentes y su relación con las conductas suicidas (ideación y tentativas). Los autores concluyen que muchas de las fuentes de estrés de la familia van a persistir tras la ruptura, así el padre permanece muchas veces como una amenaza, o aparece un amigo de la madre que se convierte en una nueva fuente de problemas. Para estos autores el efecto de la ruptura familiar sobre la conducta suicida de los adolescentes se debe más a la situación que sigue a la separación, que a la simple ausencia del padre. Estos autores atribuyen un papel fundamental en las

conductas suicidas de los adolescentes de ambos sexos a la "negligencia paterna" (Tousignant et al, 1993), siendo mucho menor la influencia de la madre.

Fristad et al (1993) estudiaron el funcionamiento psicosocial de 38 niños menores de 12 años tras el fallecimiento de un padre. A pesar de las limitaciones del estudio, sorprendentemente encontraron que en los niños huérfanos no se alteró significativamente su funcionamiento en la escuela, las relaciones interpersonales ni la autoestima, en las semanas siguientes al fallecimiento del progenitor. Una explicación sería que los problemas relacionados con la pérdida parental no aparecerán hasta una vez superado el duelo o incluso en la edad adulta.

En un original trabajo, Lester (1989) analiza la biografía de 30 suicidas famosos, encontrando que 16 de ellos habían experimentado pérdidas en el núcleo familiar durante su infancia, e incluso en tres casos fueron debidas a suicidio del padre. La media de edad a la que ocurrió la pérdida fueron los 12 años. Según Lester (1989), estos resultados contradicen la teoría freudiana según la cual las pérdidas ocurridas durante los seis primeros años de vida serían las más traumáticas, y sugieren que una pérdida moderada puede ser más crítica para el suicidio posterior que una pérdida más grave.

### II.5.3 Acontecimientos vitales:

La investigación de los acontecimientos vitales en suicidas se ha centrado fundamentalmente en adultos, pecando los estudios realizados en jóvenes de escaso rigor en cuanto a su metodología (Paykel, 1989).

Una de las críticas realizadas a las escalas de acontecimientos vitales es la denominada "contaminación retrospectiva" observada por Brown (1972) en deprimidos. Otra variable que debemos tener en cuenta es la personalidad del individuo, ya que influye decisivamente a la hora de relatar, o incluso de generar, los acontecimientos vitales (Mardomingo y Gil, 1992a).

Paykel et al (1975) proponían clasificar los acontecimientos vitales en las categorías siguientes:

- Grado de deseabilidad (Deseable-No deseable).
- Cambios en el área social (Entrada-Salida).
- Área de actividad (Laboral, Salud, Familiar, Marital, Legal).
- Categorías adicionales:
  - Intensidad del disgusto.
  - Grado de control del sujeto.

El estudio de los acontecimientos vitales en la adolescencia es muy interesante ya que, en primer lugar, se trata de la etapa de la vida en que se produce el mayor número de cambios en un periodo de tiempo limitado, y en segundo lugar, la susceptibilidad al estrés varía según el momento evolutivo, siendo mayor en las personas más jóvenes.

Coddington elaboró en 1972 la primera escala de acontecimientos vitales para niños y adolescentes, mientras que en España, Mardomingo y González (1990), utilizando una metodología idéntica a la de Coddington, confeccionaron una escala de acontecimientos vitales para adolescentes de 12 a 18 años, constituida por 47 items. Mardomingo y Gil (1992b) proponen considerar tres parámetros en los estudios sobre acontecimientos vitales: número de acontecimientos presentes, puntuación media y valor medio de los acontecimientos.

En jóvenes suicidas Jacobs (1971) diferenció una primera fase, que va desde la infancia hasta el inicio de la adolescencia, caracterizada por ser un largo periodo de conflictos, y una segunda fase definida por una "*escalada de problemas*" al comienzo de la adolescencia, que se suma a los problemas normales de la misma. Posteriores estudios de King et al (1990) y De Wilde et al (1992) parecen confirmar la hipótesis de que un aumento de los acontecimientos vitales en adolescentes con inestabilidad

familiar preexistente y problemas psíquicos puede provocar un incremento del riesgo suicida.

Los acontecimientos precipitantes más frecuentemente asociados a tentativas de suicidio suelen ser conflictos con los padres, los amigos o el entorno escolar (Abbar, 1993). Así, ya en 1937, Raphael et al sugirieron una relación entre las conductas suicidas y la ansiedad por los exámenes.

Actualmente se considera que el suicidio es más frecuente entre jóvenes escolares que entre no escolares (Hendin, 1985), atribuyéndose esta diferencia a la presión académica derivada de las demandas familiares y culturales de éxito.

Son numerosos los estudios que confirman que los niños y jóvenes con conducta suicida tienen más acontecimientos vitales tanto en los doce meses anteriores (Cohen-Sandler et al, 1982; Rubenstein et al, 1989) como en los seis (Schotte y Clum, 1982), y durante el mes previo al gesto suicida (Farmer y Creed, 1989), o incluso los días inmediatamente precedentes (Abbar, 1993).

De Wilde et al (1992) estudian los acontecimientos vitales en adolescentes con tentativas suicidas utilizando 19 de los 77 items que conforman la "*Life Event Time Schedule*". Estos tienen antes de los doce años más separaciones de sus padres (23%) y un mayor número de acontecimientos vitales que los grupos control.

Sin embargo, estas diferencias son aún más notables a partir de los 12 años: el 44% de los adolescentes con tentativa autolítica tenían cambios en su situación, el 27% tenían separación parental y el 33% habían sufrido abuso sexual. En conjunto también habían tenido un número muy superior de acontecimientos vitales.

Estos mismos investigadores analizan los acontecimientos vitales en el último año, y encuentran que los adolescentes con conducta suicida tienen un mayor número de acontecimientos que los deprimidos y escolares normales. Para estos autores los adolescentes suicidas tienen más problemática familiar, más abusos sexuales y más inestabilidad social.

King et al (1990) tras estudiar a 19 mujeres adolescentes con tentativa de suicidio, concluyen que éstas tenían más acontecimientos vitales indeseables en el mes anterior, y más cambios de vida negativos en el último año. Asimismo, las adolescentes suicidas tenían significativamente menos personas de apoyo y menor disponibilidad de un confidente.

En el estudio de Farmer y Creed (1989) sobre parasuicidas, los autores encuentran relación entre los niveles de "hostilidad" y los acontecimientos vitales de tipo "legal" (relacionados con la justicia), pero no entre la intencionalidad suicida y los acontecimientos vitales.



Recientemente Marttunen et al (1993) estudiaron mediante el método de la autopsia psicológica los suicidios de adolescentes (13-19 años) en Finlandia durante 1 año. Cuando encontraban que un acontecimiento vital sucedido en el mes anterior se relacionaba directamente con el suicidio lo consideraban "*precipitante*". La mitad de los precipitantes sucedieron en las 24 horas previas al suicidio. En el 70% de los casos aparecía al menos un factor precipitante, en su gran mayoría separación o problemas interpersonales y el tiempo transcurrido entre el precipitante y el suicidio fue relativamente corto, especialmente cuando el precipitante era un conflicto interpersonal.

Mencionar, finalmente, el riguroso estudio sobre conductas suicidas realizado en San Diego por Rich et al (1988a). Los investigadores agruparon los acontecimientos vitales en siete categorías (conflictos interpersonales, problemas económicos, enfermedades, problemas legales, traslados voluntarios, enfermedad familiar y otros), y definieron como "*estresor*" a aquel acontecimiento vital que causaba al sujeto problemas psicológicos en la época en la que se producía su muerte. Como resultado más destacable encontraron que los más jóvenes suicidas tenían más conflictos y pérdidas interpersonales en las seis semanas anteriores al suicidio y, sobre todo, en la semana anterior, sugiriendo los autores la posibilidad de que los adolescentes sean más sensibles a cualquier factor estresante reciente, independientemente de su patología psiquiátrica.

## II.6. FACTORES GENÉTICOS Y FAMILIARES.

El acúmulo de suicidios en ciertas familias, sugiere la posibilidad de que existan factores genéticos determinantes en la aparición de estas conductas. Ya en el siglo XIX vieron la luz algunos trabajos sobre la incidencia familiar del suicidio, siendo Voltaire el primero en hablar de la "*herencia del suicidio*" (Sarró et al, 1993). En 1856, De Boismont consideraba "*incontestable*" el papel jugado por la transmisión hereditaria en el suicidio, aunque dicha tesis fue posteriormente criticada por Durkheim (1897).

Existen pocas dudas acerca del importante papel desempeñado por las conductas suicidas en la familia como factor de riesgo suicida, así Shaffi et al (1985) encuentran que un 30% de los adolescentes suicidas tienen familiares suicidas, resultados similares a los obtenidos en España por Sarró et al (1993), quienes observan una prevalencia de conductas suicidas del 36.7% en familiares de primer y segundo grado de mujeres hospitalizadas por tentativa o ideación suicida. Asimismo Montejo et al (1986) comprobaron que más de la mitad (56.5%) de los pacientes con historia familiar de suicidio consumado mostraron a su vez conducta suicida.

Sin embargo, los estudios que intentan demostrar el carácter genético de este fenómeno presentan notables problemas metodológicos, debido a las dificultades para delimitar los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. En definitiva, se sigue planteando la disyuntiva herencia versus imitación (Kety, 1986).

En ocasiones la agregación familiar de suicidios se atribuye a un factor de imitación (Sarró et al, 1993) ya que, sobre todo en adolescentes, el suicidio de un familiar puede servir de modelo de identificación o sugestión, hipótesis que tratamos más ampliamente en el apartado correspondiente.

Respecto al carácter hereditario de las conductas suicidas, éste podría deberse a la transmisión genética de un trastorno afectivo, a una inhabilidad para controlar la conducta impulsiva (Kety, 1986), o incluso, como llegan a sugerir Egeland y Sussex (1985), a la existencia de un factor genético directamente asociado al comportamiento suicida e independiente de la transmisión de la enfermedad afectiva.

Roy (1992) analiza las cinco líneas actuales de investigación sobre la predisposición genética familiar al suicidio, y que en resumen son:

- Estudios clínicos: En todas las etapas de la vida se ha constatado que una historia familiar de suicidio se asocia a una mayor tasa de suicidios.

- Estudios en gemelos. Una de las primeras aproximaciones a la genética del suicidio es la de Haberlandt (1965), quién mediante el estudio de dos grupos de gemelos demostró una mayor concordancia de conductas suicidas entre las parejas homocigóticas que entre las heterocigóticas. Asimismo, Roy et al (1990) realizaron un estudio con 176 parejas de gemelos en las que al menos uno de ellos había consumado el suicidio, encontrando una concordancia del suicidio en el 11.3% de los gemelos monocigóticos frente al 1.8% de los dicigóticos.

No obstante, los autores sugieren que los factores hereditarios relacionados con el suicidio pueden representar, en realidad, una predisposición genética para los trastornos psiquiátricos asociados a la conducta suicida, permaneciendo sin contestar la interrogante acerca de la existencia de un componente genético independiente para el suicidio.

- Estudio IOWA-500. Tsuang (1983) encontró que el riesgo de suicidio de un familiar de primer grado era 8 veces mayor en los pacientes psiquiátricos comparado con un grupo de población general.

- Estudio de la población Amish en EE.UU.: Constituyen un grupo religioso que se caracteriza desde hace más de 100 años por la no violencia, la abstención en el consumo de drogas y una elevada cohesión sociofamiliar, con ausencia de divorcios; asimismo, este grupo tiene una concepción del suicidio como pecado final, con unas tasas muy bajas del mismo. Se comprobó que 24 de los 26 suicidios sucedidos a lo largo de 100 años, fueron consumados por sujetos diagnosticados de trastorno afectivo y pertenecientes a cuatro únicas familias (Blumenthal, 1988).

- Estudios de adopción: También sugieren una posible transmisión genética de la conducta suicida, ya que Schulsinger et al (1979) encontraron que los familiares biológicos de un grupo de suicidas con trastorno afectivo, realizaron un mayor número de suicidios que los familiares adoptivos.

Respecto a otros aspectos familiares, no estrictamente hereditarios, Berman y Jobes (1991) consideran que los adolescentes suicidas tienen relaciones familiares más pobres, notables carencias afectivas y una visión más negativa de sus padres. Estos autores, destacan dos tipos de factores asociados a la conducta suicida en los jóvenes:

- 1 - Estrés familiar, debido a cambios o amenazas de cambios en el sistema parental, tales como pérdida, muerte, separación y divorcio.

- 2 - Disfunción parental, suicidios y psicopatología, fundamentalmente depresión o abuso de drogas que dan lugar a agresiones, abusos y negligencias en el cuidado del hijo.

Numerosas investigaciones aportan datos en este mismo sentido, así Pfeffer et al (1979) encontraron que los padres de niños hospitalizados por suicidio estaban significativamente más deprimidos y mostraban más preocupaciones y conductas suicidas que los padres de un grupo similar de niños no suicidas, mientras que para King et al (1990) los padres de adolescentes con tentativas de suicidio tendrían más trastornos de adaptación, niveles más elevados de depresión y una relación más pobre con el adolescente (King et al, 1993a).

Otros estudios han encontrado actitudes parentales de resentimiento, hostilidad y rechazo hacia los niños o adolescentes (Hendin, 1985). En este sentido Sabbath (1969) utiliza el término "*expendable child*" para referirse a un joven deprimido y provocativo que se convierte en un problema tal para la familia que sus padres desean que desaparezca, ignorando entonces sus amenazas o gestos suicidas.

Brent et al (1994) encuentran que una historia familiar de depresión, abuso de sustancias tóxicas o conducta suicida es más frecuente en los adolescentes suicidas. Además, otras variables

de la constelación familiar como no convivir con los padres biológicos, las discordias padres-hijos, padecer uno de los padres una enfermedad somática crónica, las dificultades legales en los progenitores, el abuso físico y el traslado en el último año, estuvieron relacionadas con el riesgo suicida.

Para estos investigadores (Brent et al, 1994), incluso controlando la psicopatología del adolescente, la historia familiar aumenta el riesgo de suicidio consumado, lo que sugiere que la psicopatología familiar puede añadirse al riesgo suicida por otros mecanismos, además del simple aumento explicable por la aparición de una patología similar en el sujeto.

En definitiva, aunque parece que efectivamente existe algún elemento hereditario que influye sobre las conductas suicidas de ciertos sujetos (Montejo et al, 1986), es necesario diseñar estrategias de investigación más adecuadas que permitan precisar el papel jugado por la transmisión genética en el acto suicida.

### III. OTROS ASPECTOS DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS



### III. OTROS ASPECTOS DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS

#### III.1. GÉNESIS Y DESARROLLO DEL CONCEPTO DE MUERTE.

La noción de muerte ha supuesto siempre un desafío a la capacidad de discernimiento del hombre, convirtiéndose en fuente de una irreprimible y creciente angustia. La inevitabilidad de la muerte ejerce una profunda influencia sobre todos los seres humanos (Koocher, 1973), de forma que la fascinación por "el *más allá*" y la separación entre lo "irreal" -la muerte- y lo "real" -mi muerte- han acompañado a la humanidad desde su nacimiento (Krynsky, 1985).

El concepto de muerte evoluciona a lo largo de la infancia y adolescencia, paralelamente al desarrollo cognitivo y emocional. Para Safier (1964) la formación de los conceptos de la muerte y la vida en los niños seguiría un desarrollo análogo.

Nagy (1948), que realizó una de las primeras aproximaciones científicas a este problema, encontró que los niños menores de cinco años consideraban la muerte como reversible, los de 5 a 9 años la personificaban en la separación de una persona y los de 9 a 11 años reconocían la muerte como parte de un proceso biológico, aunque lejano y distante; mientras que para los mayores de 11 años la muerte adquiría una elevada carga de angustia. Este estudio, por lo tanto, demuestra que el concepto de muerte varía en función de la edad, concibiéndose como irreversible únicamente cuando el niño se hace mayor.

Para Blanco Picabia (1990) la resistencia de los adultos a hablar de la muerte con los niños determina que estos se sientan confusos ante este fenómeno y acaben asumiéndolo como una parte de su mundo interior y fantástico, sin referencias de la realidad exterior.

El concepto de muerte presupone la comprensión de tres conceptos fundamentales: universalidad, irrevocabilidad y cese de los procesos corporales (Polaino et al, 1988). Vygotsky (1962) postula que alguno de estos conceptos puede desarrollarse espontáneamente, mientras que otros deben ser adquiridos mediante aprendizaje.

Estos tres componentes del concepto de muerte son analizados por Speece y Brent (1984), quienes concluyen que la mayoría de los niños adquieren conciencia de estas características de la muerte alrededor de los 7 años. Los niños pequeños piensan que la muerte es reversible, atribuyen a la muerte varias de las funciones que en realidad definen la vida, y piensan que algunos individuos entre los que se incluyen, no morirán.

Koocher (1973) propone un interesante cuadro sobre el desarrollo del concepto de muerte y su relación con el nivel cognitivo:

MEDIA DE EDAD	NIVEL COGNITIVO	CONCEPTO DE MUERTE
7.4 años	Preoperacional	Todo está vivo y es vulnerable a la muerte. La muerte es temporal.
10.4 años	Operacional concreto	Un agente ajeno causa la muerte. La muerte es personificada y temporal.
13.3 años	Operacional formal	Un proceso biológico interno causa la muerte. La muerte es definitiva.

Para Alonso Fernández (1985), en la adolescencia la muerte ni se vislumbra ni se vivencia, ni siquiera se presenta ni se intuye como imagen. Para Lester (1965) los adolescentes que intentaron el suicidio tenían menos miedo a la muerte que los no suicidas.

Aunque durante mucho tiempo se pensó que los niños no podían ser considerados suicidas porque no comprendían la finalidad de la muerte, Pfeffer sugiere que intensas fantasías sobre la muerte pueden ser signos tempranos de riesgo suicida en la infancia (Pfeffer, 1986). Esta autora diseñó una graduación en la intensidad de las preocupaciones de los niños sobre la muerte, de forma que los niños suicidas y los no suicidas que han experimentado el fallecimiento de algún ser cercano, están más intensamente preocupados sobre la muerte. Sin embargo, entre los grupos de suicidas y no suicidas no se observaron diferencias significativas respecto al carácter transitorio o irreversible de la muerte.

Estas distorsiones en el concepto de muerte en los niños suicidas ya habían sido sugeridas con anterioridad por Orbach et al (1978), quienes encontraron que el grupo suicida consideraba el suicidio como una causa de muerte, atribuía cualidades de la vida a su propia muerte y creía fuertemente en la posibilidad de volver a la vida tras su muerte.

En este sentido, Garfinkel y Golombek (1974) afirman que aquellos que utilizan el suicidio como forma de castigo hacia sus padres, creen que sobrevivirán y podrán ver los efectos de su acción contra sus padres.

### III.2. RELACIÓN ENTRE LAS DISTINTAS CONDUCTAS SUICIDAS.

Las supuestas diferencias entre las personas que se intentan suicidar y las que consuman el suicidio es una antigua cuestión debatida por los investigadores. Así, desde los años 30 ha predominado la idea de que el intento de suicidio y el suicidio consumado representaban fenómenos diferentes, realizados por poblaciones superpuestas aunque distintas, y que utilizan métodos diferentes (Farberow y Schneidman, 1965; Robins, 1989).

Para algunos autores el intento de suicidio sería un síntoma de otros problemas, más que un precursor o predictor de un eventual suicidio consumado (Robins, 1989).

Stengel (1952) considera el suicidio consumado como una autoagresión, mientras que el intento de suicidio nos hablaría en muchas ocasiones de una acción agresiva contra los otros. Según este autor en el suicidio el sujeto busca la muerte, mientras que en el intento de suicidio manipula con ella.

Sin embargo, Morandé y Carrera (1985) opinan que todo acto suicidario es grave, y que no es oportuno descartar aquellos gestos suicidas o histéricos como si fueran menos importantes, ya que todo acto de este tipo implica un malestar psicológico importante.

Respecto a la relación porcentual entre el suicidio consumado y las tentativas de suicidio, Alonso Fernández (1979) considera que en los adultos hay una muerte por suicidio por cada ocho o diez tentativas; pero en los niños y adolescentes sólo se produciría un caso de muerte por cada cincuenta tentativas de suicidio.

Otras *ratios* tentativa de suicidio/suicidio consumado en la adolescencia recogidas en la literatura, varían entre 60/1 (Davidson y Choquet, 1978) y 120/1 (Khan, 1987).

La existencia de un *continuum* hasta el suicidio es una idea que ha alcanzado cada vez una mayor aceptación entre los investigadores, así, para Pfeffer (1989) numerosos estudios sugieren que el comportamiento suicida puede ser considerado dentro de una continuidad de actos suicidas fatales y no fatales.

También Garfinkel et al (1982) defienden esta noción del *continuum* de la conducta suicida. En su estudio encuentran que los adolescentes con T.S. que utilizan la precipitación o el ahorcamiento, dejan una nota y realizan la tentativa lejos de otros (factores que aumentan la letalidad y disminuyen la posibilidad de rescate), junto con la existencia de historia de suicidio familiar y un diagnóstico psiquiátrico, conforman un grupo homogéneo de jóvenes que puede evolucionar de la tentativa de suicidio al suicidio consumado.

Pallis et al (1984), a la luz de sus resultados, defienden la proximidad entre las tentativas de suicidio y los suicidios, tanto en sus características clínicas y personales como en la forma de llevar a cabo el acto suicida.

Para Rojas (1984) junto a estos dos fenómenos, suicidio e intento de suicidio, aparecería fenomenológicamente un tercero, la ideación de suicidio, que consiste en la simple aparición de dicha idea en el patrimonio psíquico del sujeto. Según este autor, son posibles numerosas transiciones entre la simple idea de suicidio de aparición esporádica y la idea suicida que se incrusta fuertemente echando sus raíces.

En todo caso, Brent et al (1986) sugieren que la ideación suicida y la conducta suicida son fenómenos continuos, al menos en la población psiquiátrica.

Muchos suicidas habían verbalizado previamente deseos o amenazas de muerte, por lo que Shafii et al (1985) consideran que existe una relación cercana entre los deseos de suicidio, las amenazas, las tentativas de suicidio y los suicidios consumados. Dicha relación la expresan muy gráficamente cuando afirman que los "habladores" se convierten en "actores".



Los que amenazan con suicidarse son aquellos que alertan a su entorno interpersonal con la posibilidad del suicidio, sobre todo en momentos de crisis. Es conocido que aunque la gran mayoría de las amenazas suicidas no son seguidas de acciones, un elevado porcentaje de los que efectúan tentativas o suicidios consumados (80%) habían realizado amenazas anteriormente. Dichas amenazas suicidas parecen ser más frecuentes antes de un suicidio consumado que de una tentativa de suicidio (Perlstein, 1966).

En población escolar, el 63% de los adolescentes piensan transitoriamente en el suicidio (Smith y Crawford, 1986), aunque esta ideación se convierte en clínicamente significativa cuando deja de ser transitoria, se convierte en una preocupación, o se acompaña de la posibilidad de pasar a la acción (Berman y Jobes, 1991).

En un estudio realizado con estudiantes de 18-19 años, Levy y Deykin (1989) encontraron que el 41% de los sujetos habían pensado en la muerte, el 27% presentaban pensamientos suicidas y el 3.5% reconocían tentativas de suicidio.

Para dichos autores, estos resultados sugieren una jerarquía de riesgo, de forma que un deseo prolongado de estar muerto sería un potente predictor de tentativa de suicidio. Además, la presencia de abuso de sustancias tóxicas incrementaría notablemente la tasa de ideación suicida entre los varones.

Brent et al (1986) proponen una jerarquía en la ideación suicida de niños y adolescentes con patología psiquiátrica: ideación suicida inespecífica, ideación suicida específica y actividad o tentativa suicida. Observaron que casi todos los síntomas psicopatológicos aumentaban en relación con la gravedad de la ideación suicida, y que existían diferencias significativas entre los grupos estudiados respecto a los signos vegetativos y afectivos de depresión y a la puntuación total de la depresión. En cuanto a los diagnósticos DSM-III, la severidad de la ideación suicida estaba relacionada con el diagnóstico de abuso de alcohol, trastornos de ansiedad, depresión y trastorno distímico.

Para Kandel et al (1991) los síntomas depresivos serían el más fuerte predictor de ideación suicida, opinión compartida por Carlson y Cantwell (1982).

En una investigación entre 1600 adolescentes franceses, Choquet y Menke (1989) encontraron que el 40% de los hombres y el 23% de las mujeres habían pensado en suicidarse. Estos jóvenes tenían más problemas de salud (fatiga, pesadillas e insomnio), mayor consumo de drogas y más conductas delictivas que sus compañeros. Para los autores de este estudio, los adolescentes que pensaban en el suicidio, tenían dificultad para hablar de sus problemas personales, sin embargo, solicitaban asistencia social y sanitaria con mayor frecuencia.

Según Berman y Jobes (1991) la ideación suicida precede a las amenazas y tentativas suicidas, y éstas están significativamente relacionadas con la repetición de las T.S. y el suicidio consumado. Existe por lo tanto un solapamiento entre estas conductas; de hecho, alrededor del 15% de los que realizan intentos de suicidio finalmente se quitan la vida, mientras que el 25% de las víctimas de suicidio consumado habrían realizado T.S. previas (Carlson, 1987).

En definitiva, la tentativa de suicidio sería el predictor aislado más importante para un futuro suicidio consumado (Berman y Jobes, 1991), aunque para Clark y Gibbons (1987) esta asociación es explicable, fundamentalmente, por los factores predisponentes individuales, por lo que el auténtico reto de los investigadores será el identificar dichos factores de riesgo antes de que las acciones suicidas tengan lugar.

### III.3. CONSUMO DE TÓXICOS Y CONDUCTAS SUICIDAS.

Numerosos investigadores consideran que el consumo por parte de los adolescentes de sustancias tóxicas incrementa el riesgo de conductas suicidas (Murphy, 1988). Incluso algunos opinan que el incremento de las tasas de suicidio juvenil después del año 1950 se correlaciona con el incremento en el abuso de estas sustancias (Brent et al, 1987).

La propia toxicomanía se ha considerado, en sí misma, como una forma de comportamiento autodestructivo indirecto (Soubrier, 1984b), o de suicidio crónico, en el sentido de Shneidman (1976) de *muerte sub-intencional*.

Según Bukstein et al (1993) entre un 33% y un 50% de los adolescentes y jóvenes que se suicidan, consumen tóxicos, encontrando una elevada comorbilidad entre el abuso de sustancias y los trastornos afectivos.

Entre los suicidas más jóvenes del estudio de San Diego (Fowler et al, 1986), el 53% tenían como diagnóstico principal el abuso de sustancias, siendo dicho consumo, en la mayoría de los casos, de múltiples sustancias (alcohol, marihuana y cocaína). Además, el 24% tenía asociado un diagnóstico de depresión atípica, psicosis atípica o trastorno adaptativo según criterios DSM-III.

En una investigación realizada entre estudiantes, Levy y Deykin (1989) comprobaron que el abuso de tóxicos elevaba notablemente la tasa de ideación suicida ente los varones. Asimismo, una historia personal de abuso de sustancias se ha correlacionado con la gravedad médica y la letalidad de la tentativa de suicidio (Robbins y Alessi, 1985a).

Bukstein et al (1993) señalan tres probables mecanismos por los que el consumo de sustancias tóxicas puede predisponer al suicidio:

- 1 - Por provocar una disminución del juicio.
- 2 - Por desencadenar alteraciones agudas y crónicas del estado de ánimo.
- 3 - Por ocasionar una alteración en las relaciones interpersonales.

Acerca de este último punto, Duberstein et al (1993) encontraron que los suicidas que abusan de tóxicos tienen una mayor frecuencia de acontecimientos vitales (discusiones, conflictos y rupturas de lazos), tanto en el año anterior al suicidio como en las seis últimas semanas.

Respecto al alcohol, ya en 1967, Murphy y Robins sugirieron la asociación entre el alcoholismo, una pérdida interpersonal cercana y el suicidio, resultados confirmados de nuevo recientemente (Murphy et al, 1992), por lo que estos autores concluyen que en los últimos 35 años no se han modificado los factores de riesgo identificados en los alcohólicos que se suicidan.

Los mecanismos por los que el consumo de alcohol puede favorecer la aparición de conductas suicidas son similares a los señalados anteriormente para otros tóxicos: enturbiamiento del juicio, cambios del humor, aumento de la impulsividad y exacerbación de estados psicopatológicos preexistentes (King et al, 1993b).

En un estudio realizado con más de 50.000 jóvenes, Allebeck y Allgulander (1990b) observaron que el consumo de alcohol estaba fuertemente asociado con un aumento del riesgo de suicidio; mientras que Hawton et al (1989) hallaron que solamente un 4.2% de las mujeres con tentativas de suicidio eran alcohólicas, pero que el 31.5% de ellas habían consumido alcohol en las horas previas a la tentativa. También Murphy et al (1992) constataron que los adolescentes alcohólicos suicidas habían consumido importantes cantidades de alcohol recientemente.

Roy et al (1990) encontraron que el 19% de los alcohólicos estudiados habían realizado una tentativa de suicidio, y que comparados con los que no realizan T.S. eran más frecuentemente mujeres, más jóvenes, bebían más cantidad de alcohol y habían comenzado a beber más precozmente.

Para King et al (1993b) el valor predictivo del consumo de alcohol sería más evidente cuando los pacientes están significativamente deprimidos, actuando en el sentido de producir un ascenso en la escala de ideación suicida a conducta suicida.

En definitiva, los sujetos diagnosticados de alcoholismo tendrían entre 60 y 120 más probabilidades de suicidarse que la población general (Murphy y Wetzel, 1990).

#### III.4. LOS MÉTODOS SUICIDAS.

Los métodos utilizados por los sujetos suicidas varían según los países, culturas, épocas y características demográficas. En el suicidio consumado se utilizan con mayor frecuencia métodos tradicionalmente violentos y de elevada letalidad, mientras que la intoxicación medicamentosa es el procedimiento más usual en las tentativas de suicidio.

Generalmente, los hombres utilizan métodos más violentos, rápidos e infalibles que dificultan el rescate, mientras que los métodos pasivos son utilizados preferentemente por las mujeres.

En EE.UU. se ha comprobado, durante los últimos años, un aumento progresivo en la utilización de la armas de fuego en el suicidio juvenil, de forma que ocupan el primer lugar (Pfeffer, 1989).

Según Boyd y Moscicki (1986) la utilización de estas armas en EEUU como método suicida entre los 10 y 24 años, se ha incrementado un 139% desde el año 1933. La tasa de suicidios por armas de fuego entre los 15-19 años ha aumentado tres veces más rápido que la tasa por otros métodos suicidas y los jóvenes varones las utilizan cinco veces más que las mujeres (Frederick, 1985). Brent et al (1988) sugieren incluso la existencia de un



sinergismo entre el abuso de alcohol, las armas de fuego y el suicidio.

En Inglaterra y Gales el ahorcamiento se convirtió en el procedimiento más frecuente en los años 80, sobre todo en varones de 10-14 años (McClure, 1988). También en Montreal el método más frecuentemente utilizado por los hombres fue el ahorcamiento, mientras que en las mujeres fueron los fármacos (Cheifetz et al, 1987).

En Francia (Alléon et al, 1991), los varones de 15-24 años utilizan como métodos más frecuentes el ahorcamiento (38%) y las armas de fuego (36%), mientras que las mujeres recurren a los tóxicos con mayor frecuencia (30%).

En España, en 1990, el ahorcamiento se situó como el procedimiento más frecuente, siendo utilizado por casi la mitad de los jóvenes suicidas (Cobo, 1992), ocupando las armas de fuego el tercer lugar por detrás de la precipitación. Otro estudio sobre suicidio infanto-juvenil realizado en Zaragoza (Velilla y Serrat, 1990) obtiene resultados muy similares, siendo el ahorcamiento el método más utilizado, seguido de la precipitación desde una altura.

Las diferencias existentes respecto a EE.UU. podrían deberse a factores socioculturales, pero a la vez nos pueden alertar sobre la probable evolución de los métodos de suicidio en los próximos años, por lo que deben ser tenidas en cuenta en el diseño de estrategias preventivas, ya que existe una cierta posibilidad de intervención.

Por ejemplo, la sustitución en la década de 1960 y 1970, del gas de uso doméstico por un gas no tóxico en algunos países europeos coincidió con una disminución de la tasa global de suicidios en Inglaterra y Gales (Sarró y De la Cruz, 1991).

Asimismo, una legislación más estricta en el control de las armas de fuego, probablemente disminuiría las tasas de intentos de suicidio "exitosos" (Eisenberg, 1980).

En las tentativas de suicidio la sobredosificación farmacológica es el método más utilizado, seguido por las autolesiones del tipo de cortes en los antebrazos. En el estudio de Otto (1971) un 90% de las tentativas eran por autointoxicación con medicamentos, mientras que sólo un 6% de los sujetos recurrieron a métodos violentos. Estos últimos fueron empleados con más frecuencia por los varones.

En la década de los años 60, las adolescentes utilizaban preferentemente los barbitúricos en las tentativas de suicidio, aunque en los últimos años se ha constatado un progresivo cambio en el tipo de fármaco implicado en las intoxicaciones voluntarias (Sarró y Nogué, 1992).

La accesibilidad al medicamento juega, sin duda, un papel determinante demostrado por Eisenberg (1980), quién comprobó un descenso del 50% en el número de suicidios por barbitúricos en la década de los setenta, coincidiendo con una disminución proporcional en el número de prescripciones de los mismos.

Para Berman y Jobes (1991) los factores que determinan la elección de un determinado método suicida son:

- Disponibilidad y accesibilidad.
- Aceptación sociocultural.
- Grado de conocimiento.
- Sugestión conductual o social.
- Sugestión por la publicidad.
- Significado simbólico personal.
- Intencionalidad y posibilidad de rescate.

### III.5. LAS NOTAS SUICIDAS.

La primera referencia a una nota de despedida de un suicida data del siglo III a. de C. y fue escrita en Egipto por un consejero del faraón (Hankoff y Einsidler, 1979).

Sin embargo, el estudio formal de las notas suicidas no se desarrolló hasta mediados de la década de los 50, aunque su importancia e interés fue controvertida dada la gran variedad de interpretaciones a que pueden dar lugar (Sarró y De la Cruz, 1991). No obstante, algunos investigadores aún consideran las notas suicidas como recursos potencialmente valiosos para estudiar el estado psicológico del suicida.

Diversos estudios sitúan el porcentaje de notas suicidas entre el 15% y el 30% del total de suicidios (Capstick, 1960; Symonds, 1985; Heim y Lester, 1990).

Las razones por las que estas notas son escritas son complejas, no existiendo ninguna evidencia de que estos mensajes sean más fidedignos que otras formas de comunicación, como los avisos verbales previos a la tentativa. En general, las cartas de los suicidas se caracterizan por expresar hostilidad y autorreproches, así como por dejar frecuentemente instrucciones a los supervivientes (Sarró y De la Cruz, 1991).

Para Raquin y Péchin (1984) el suicida sentiría, antes de morir, la tentación de escribir una nota para explicar los motivos de su decisión o para pedir perdón. Puede tratarse de una simple frase sin firma o de varias cartas dirigidas a distintas personas, y las palabras más utilizadas suelen ser "adiós" y "perdón", aunque las acusaciones también pueden estar presentes.

Heim y Lester (1990), en un estudio realizado en Berlín, encontraron que aproximadamente el 30% de los suicidas dejaban una nota; y observaron diferencias significativas entre los que dejaban nota y los que no, de forma que los primeros eran más frecuentemente mujeres, de más edad y utilizaban la intoxicación como método suicida.

Según estos autores, los psicóticos y otros enfermos mentales rara vez dejaban mensajes, por lo que concluyen que el estudio de notas suicidas no es un método representativo de los suicidios ya que existe un gran sesgo que distorsionaría las conclusiones obtenidas.

En el estudio sobre notas suicidas de O'Donnell et al (1993) un 15% de los suicidas y un 4% de los que realizaron tentativas dejaron nota. Probablemente esta diferencia se debe en parte a que en los suicidios consumados las notas se buscan más detenidamente, ya que puede haber una investigación policial o judicial.

En el 65% de los casos la nota se encontró en el propio suicida, y la distribución según edad y sexo de los que dejaron nota fue muy similar a la de los suicidas en general.

Las notas suicidas solían describir la muerte como la única opción y, aunque en el 57% de los casos no expresaban las razones concretas del suicidio, sí transmitían apreciaciones generales de insatisfacción. Según los resultados de estos autores, las notas más largas y detalladas eran redactadas por los más jóvenes, quienes a veces relataban el suicidio como un acto revolucionario o como un soplo de libertad individual. Finalmente, consideran poco probable que la intención suicida sea diferente en los que dejan nota suicida frente a los que no la dejan.

Posener et al (1989) en un trabajo sobre notas suicidas en adolescentes encuentran con frecuencia temas de amor, agresión contra uno mismo y ambivalencia hacia el objeto. Dichas notas escritas por jóvenes hacen referencia, en muchas ocasiones, al "qué será después", constatándose un predominio del pensamiento mágico.

### III.6. FACTORES CLIMÁTICOS Y ESTACIONALIDAD.

Numerosos factores meteorológicos y climáticos han sido investigados por su posible relación con el suicidio. Hay estudios sobre la relación del suicidio con la temperatura, la presión barométrica, la humedad, los vientos, la actividad magnética, las fases de la luna, las horas del día, los días de la semana, etc, siendo los resultados obtenidos, por lo general, poco relevantes (Sarró y De la Cruz, 1991).

Sin embargo, el análisis de las variaciones estacionales de la tasa de suicidios consumados sí aporta algunos datos interesantes. Ya en 1897 E. Durkheim llamó la atención sobre la distribución irregular del suicidio en algunos países europeos a lo largo del año, aunque no atribuía dicha variación a factores cósmicos sino a otros de tipo social.

Así, para este autor, en la primavera se observaría una tasa más elevada de suicidios debido a la mayor duración del día y al consecuente incremento de la actividad social.

Desde ese momento numerosos investigadores han estudiado la estacionalidad de las conductas suicidas (Lester, 1971; Lester y Frank, 1988; Masterton, 1991; Nayha, 1982; Skutsch, 1981) justificándola por factores tanto sociales como biológicos.

Lester (1971) encontró dos "picos" en las tasas de suicidio, alrededor de Mayo y de Octubre, sin que existieran diferencias significativas entre varones y mujeres. Estos resultados fueron confirmados en otro estudio posterior por este mismo autor (Lester y Frank, 1988). No obstante, en un reciente estudio de Masterton (1991) no hubo diferencias mensuales en los suicidios de varones; pero sí en el de mujeres, con aumento entre los meses de Mayo a Septiembre.

Mediante el análisis de las cifras oficiales de suicidio en España durante un periodo de 15 años (1976-1990), se comprueba que Junio es el mes de más alta incidencia de suicidio (5.9 casos/día), mientras que Noviembre es el de incidencia más baja (4.2 casos/día). El descenso en las cifras de suicidio durante el periodo Octubre-Febrero resultó estadísticamente significativo, y se observó tanto para los hombres como para las mujeres (González Seijo et al, 1993a).

En definitiva, parecen existir suficientes datos como para aceptar una cierta influencia climática, con elevación de las tasas de suicidio en todas las edades, en los meses que van de Abril a Agosto (Del Barrio, 1985).



### III.7. LA VARIABLE SEXO.

Tradicionalmente se afirmaba que, en todos los grupos de edad, los varones se suicidaban más, mientras que las mujeres realizaban más tentativas de suicidio (Frederick, 1985). Sin embargo, recientes estudios internacionales cuestionan esta afirmación.

Inicialmente, Fuse (1980) y Sartorius (1985) encontraron que en algunos países asiáticos, las tasas de suicidio eran más elevadas en la mujer, y posteriormente Lester (1990) confirmó estos datos.

Este autor analiza de forma pormenorizada la distribución por sexos del suicidio consumado en el mundo, y llega a la conclusión de que no es cierto que el predominio de varones suicidas suceda en todos los países del mundo para los grupos de edad de 5 a 14 años y de 15 a 24 años, pues los varones jóvenes cometen suicidio en mayor proporción que las mujeres en los países ricos e industrializados; pero no ocurre lo mismo en otros países de Asia o Sudamérica.

Barraclough (1988) considera que estas estadísticas oficiales sobre el suicidio son válidas para comparar diferencias entre ambos sexos, ya que aunque las tasas probablemente estén subestimadas, los sesgos afectan por igual a ambos sexos.

Barracclough (1988) también nos descubre algunos datos curiosos: por ejemplo, que en Cuba las mujeres tienen el doble de riesgo suicida que los hombres, o que la tasa más elevada de suicidios juveniles en mujeres corresponde a Sri Lanka con 549 por millón.

Respecto a las tentativas de suicidio, éstas son entre 2 y 5 veces más frecuentes en mujeres adolescentes que en varones. Para Brooksbank (1985) este predominio femenino se debería a que las mujeres maduran antes y a que el autoenvenenamiento está culturalmente peor aceptado entre los hombres, ya que estos tienen otras alternativas para manifestar el distress, como puede ser la conducta violenta.

Lewinsohn et al (1993) consideran que el sexo femenino es un factor de riesgo para realizar una tentativa de suicidio, incluso cuando controlamos el grado de depresión. Para estos investigadores, ante un mismo número de factores de riesgo, la probabilidad de una tentativa de suicidio es mayor en las mujeres, sugiriendo que -por razones desconocidas- el impacto de los factores de riesgo está ampliado en las mujeres adolescentes.

Para Cheifetz et al (1987) las diferencias entre ambos sexos en las cifras de comportamientos suicidas sugieren la presencia de factores psicológicos subyacentes y de maduración puberal.

Sin embargo, Lewinsohn et al (1993) encuentran que las mujeres adolescentes con tentativas de suicidio presentan un grado mucho mayor de conflicto con sus padres que los varones. En Grecia, Beratis (1991) comprueba cómo la causa más frecuente de suicidio en las mujeres es el "fracaso amoroso", mientras que en los hombres lo es la patología psiquiátrica y en menor medida el fracaso escolar.

Finalmente, en nuestro país, Velilla y Serrat (1990) correlacionan el predominio de tentativas suicidas en las chicas con dos factores:

- Incremento de síndromes depresivos en muchachas.
- Distintas posibilidades que ofrece nuestra sociedad a los varones y a las hembras para descargar la agresividad.

### III.8. VARIABLES SOCIOCULTURALES.

En cuanto a los grupos raciales, generalmente se afirma que los caucásicos cometen el doble de suicidios que los negros (Blumenthal, 1988). Esta afirmación también parece ser válida para los jóvenes de 15 a 19 años de ambos sexos (Frederick, 1985).

En un interesante estudio realizado en Coventry (Gran Bretaña), McGibben et al (1992) encontraron que las tasas de tentativas de suicidio por autoenvenenamiento en menores de 16 años eran similares en jóvenes caucasianos y emigrantes asiáticos.

El incremento de las cifras de suicidio en jóvenes durante la década de los 70 fue mucho mayor para los blancos que para otras razas, aunque Khan (1987) destaca asimismo el notable aumento de las tasas suicidas entre los varones no blancos de 14 a 15 años.

En conjunto, se reconoce que el aumento de las cifras de suicidio en EE.UU. se ha producido en todos los grupos sociales, incluyendo las minorías (Frederick, 1985).

Con frecuencia se asegura que el suicidio es más frecuente en los medios urbanos, siendo precisamente en las grandes ciudades donde la tasa de suicidios infanto-juveniles alcanza cifras muy superiores a las de los pequeños núcleos de población (Del Barrio, 1985). Sin embargo, existen algunas excepciones como es el caso de Grecia, donde en las áreas rurales se observan las tasas más elevadas de suicidio consumado (Beratis, 1991).

Respecto a la religión, aunque Durkheim (1897) señalaba su carácter protector frente al suicidio, otros autores no han encontrado esta relación (Sarró y De la Cruz, 1991).

Los grupos religiosos con proporciones mayores de suicidio son los protestantes, seguidos en frecuencia por los judíos y católicos (Blumenthal, 1988). No obstante, Austria que es un país de mayoría católica, tiene una de las tasas más elevadas de suicidio (Sarró y De la Cruz, 1991).

En los países de tradición budista, la amenaza de una reencarnación infortunada podría actuar como barrera frente al suicidio (Alonso Fernández, 1979).

En España, Montejo et al (1983) no observaron diferencias en el grado de compromiso religioso entre una muestra de tentativas de suicidio hospitalizadas y un grupo control.

En todo caso, aún cuando se puede admitir que en el adulto la religión es un aspecto relevante de cara al suicidio, este fenómeno probablemente tenga una transcendencia mucho menor en el caso de la población infanto-juvenil (Del Barrio, 1985).

### III.9. SUICIDIO JUVENIL Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN.

La imitación es uno de los elementos socioculturales que parece jugar un papel preponderante en el suicidio y que por ello ha atraído la atención de numerosos investigadores desde hace más de un siglo. Así, William Farr hacía en 1840 una llamada para que *"cesaran las detalladas y dramáticas noticias de los periódicos sobre el suicidio, los asesinatos y las muertes"* dado su potencial peligro de contagio.

Wheeler (1966) señaló cuatro características que debe reunir una conducta para ser considerada como *"contagiosa"*, y que son:

- Motivación para actuar de una determinada forma.
- Conocimiento de cómo realizar dicha conducta.
- Observación de un modelo determinado de conducta.
- Realización de la conducta tras la observación del modelo.

En este sentido, Steede y Range (1989) consideran que las epidemias de suicidio cumplen estos criterios y deben ser consideradas como conductas suicidas contagiosas, ya que los adolescentes están motivados (pues muchos presentan ideación

suicida), tienen un modelo definido, saben cómo llevarlo a cabo y de hecho lo realizan. Esta opinión ya había sido defendida con anterioridad por Motto (1967) al considerarlas como ejemplo de conducta aprendida.

Numerosas investigaciones correlacionan la publicación o emisión de noticias sobre suicidios en los medios de comunicación, y la posterior aparición de epidemias de suicidio. Phillips (1974) y Bollen et al (1981) encontraron, mediante el estudio de certificados de defunción de jóvenes presuntamente suicidas, que la aparición de artículos periodísticos sobre el tema se asociaba a un incremento de las tasas de suicidio en las áreas en las que se distribuían esos periódicos. La magnitud de esa influencia parecía depender de dos factores principales: la popularidad de la persona suicida y el nivel de cobertura que le dedicara la prensa.

Respecto a la Televisión, Phillips y Carstensen (1986) estudian su influencia mediante el seguimiento de las fluctuaciones diarias de suicidios de adolescentes en EE.UU. entre los años 1973 y 1979. Llegan a la conclusión de que el número de suicidios en el país aumenta entre los adolescentes tras la emisión de noticias de T.V. sobre el suicidio, y que cuanto más se repite la noticia sobre un suicidio real y mayor es la publicidad sobre el mismo, mayor es el incremento en el número de suicidios.



Kessler et al (1988) realizaron una réplica de este trabajo de Phillips y Carstensen. Analizando un periodo de tiempo mayor (1973-1984) concluyeron que no había evidencia de que las noticias sobre suicidios fueran seguidas de un aumento del número de suicidios entre adolescentes, ya que en su investigación encuentran que la asociación entre las noticias y los suicidios observada por Phillips y Carstensen, se invierte a partir de 1981.

Los autores consideran dos posibles explicaciones a este fenómeno: o bien una modificación en las características informativas de las noticias sobre el suicidio (hecho poco probable), o bien un cambio en la percepción del suicidio por parte de los adolescentes norteamericanos, que lo vivirían de forma más real y menos idealizada.

Si esta segunda explicación fuera cierta, cabe pensar que la asociación entre historias sobre suicidio y suicidios reales es temporal y no estable o permanente.

Sin embargo, estos mismos autores en un estudio posterior (Kessler et al, 1989) encuentran un ligero incremento de las tasas de suicidio tras noticiarios televisivos, siendo el riesgo mayor para adolescentes que para adultos y para mujeres que para hombres. Por el contrario, no observaron que el grado de fama o

popularidad de los suicidas fuera un factor significativo, contradiciendo los hallazgos de Wasserman (1984) y de Stack (1987).

C. R. Pfeffer (1989) tras revisar las noticias sobre suicidio juvenil aparecidas en el diario *New York Times* a lo largo del año 1987, llama la atención acerca del notable potencial de imitación que poseen los adolescentes, y que se manifiesta a nivel individual o colectivo en el "contagio" de conductas suicidas aparecidas en los medios de comunicación, aunque reconoce la dificultad de comprobar que este fenómeno afecte a las cifras nacionales de suicidio.

En ocasiones también se ha señalado la posible relación entre epidemias de suicidio y la publicación de novelas o poemas sobre este tema (Spender, 1962). Uno de los primeros casos documentados fue la publicación en el año 1774 de la obra "*Werther*", novela de J. W. Goethe en la que el protagonista, un joven romántico, pone fin a su vida disparándose en la cabeza, de forma que se desencadenó una auténtica epidemia de suicidios entre adolescentes europeos. Fue tal la magnitud del problema que en ciudades como Leipzig, Milan y Copenhague esta obra fue prohibida. Inspirándose en este episodio histórico, Phillips (1974) propone el término "*Efecto Werther*" para referirse a la influencia de la sugestión en el suicidio.

Steede y Range (1989) realizaron una aproximación teórica a este fenómeno, mediante la proyección a 116 adolescentes de un video sobre el suicidio y el estudio del cambio observado en sus actitudes ante la muerte y el suicidio. Estos investigadores no encontraron diferencias significativas tras la proyección, por lo que piensan que el conocimiento de un suicidio previo no es causa suficiente para el suicidio posterior del adolescente, sugiriendo que incluso muchos jóvenes pueden reaccionar con desaprobación al conocer el suicidio de otro adolescente.

En una de las pocas investigaciones europeas existentes sobre este tema, Holding (1974, 1975) estudió en Edimburgo el impacto de una serie de T.V. de 11 capítulos en la que un protagonista se intentaba suicidar. Aunque encontró un incremento del 140% en el número de derivaciones psiquiátricas realizadas, no hubo cambios en el número de tentativas de suicidio.

Por el contrario, otra serie de seis episodios emitida en Alemania y en la que un joven se arrojaba al tren, fue seguida de un aumento en el número de chicos que se suicidaron mediante este método (Schmidtke y Hafner, 1986).

Gould y Shaffer (1986) realizaron un interesante estudio entre octubre de 1984 y febrero de 1985 en New York, aprovechando la emisión de cuatro películas sobre el suicidio en televisión.

El objetivo de su proyección era abrir un debate sobre el suicidio para modificar la actitud de los jóvenes hacia el mismo, por lo que los films se acompañaron de material preventivo y educativo. Se estudiaron tanto los suicidios consumados como las tentativas ocurridas en adolescentes antes y después de la emisión de las películas. Los investigadores encontraron en términos generales un incremento de los dos tipos de conducta tras la proyección de las películas, resaltando el papel de la imitación, ya que incluso alguno de los jóvenes empleó el mismo método que había sido utilizado en la película.

Este estudio fue replicado por Phillips y Paight (1987), mediante el análisis del número de suicidios cometidos tras la emisión de los mismos films en California y Pensilvania. Sus datos no confirmaron los hallazgos de Gould y Shaffer (1986); por el contrario encontraron una ligera disminución en el número de suicidios respecto a los esperados.

Berman (1988a) también analizó la influencia de algunos de estos films sobre las cifras de suicidio, comparando las dos semanas previas con las dos siguientes a la emisión. Sus hallazgos coincidieron con los de Phillips y Paight (1987), no encontrando cambios estadísticamente significativos en el número total de suicidios en el conjunto de EE.UU. Sin embargo este mismo autor sí admite la existencia de un mecanismo de imitación más

específico referido al método empleado por los personajes televisivos (Berman, 1988b).

En resumen, la disparidad existente entre los datos de diferentes investigadores podría deberse a factores sociales locales, pero en todo caso cuestiona el poder de imitación de las historias de suicidios de ficción, y subraya la necesidad de realizar estudios más rigurosos que permitan resolver los interrogantes existentes.

Dado que en países como EE.UU. las cifras de suicidio en jóvenes entre 15 y 24 años se han triplicado desde la aparición de la televisión, recientemente Centerwall (1990) se preguntaba por el papel atribuible a la exposición no específica a la televisión.

Para ello estudió las cifras de suicidio juvenil en Sudáfrica, Canadá y EEUU entre 1949 y 1985 y así comprobar el papel de la exposición a la TV, ya que en Sudáfrica no se permitieron los informativos en TV hasta 1975. Al contrario de lo que se suponía, el número de suicidios aumentó en los jóvenes de los tres países al mismo tiempo, sin apreciarse diferencias entre las distintas clases sociales (aún cuando las clases privilegiadas accedieron unos cinco años antes que las desfavorecidas a la televisión). Asimismo parecía haber una diferencia de

10 años entre la introducción de la TV en EEUU y Canadá y la elevación del número de suicidios.

Centerwall (1990) concluye que la exposición a la TV no se puede considerar un factor de riesgo del suicidio ya que no existe relación epidemiológica entre la introducción de la TV en Canadá y EEUU y el incremento del suicidio juvenil. Para este investigador lo fundamental serían las tendencias culturales individualistas, uno de cuyos índices es la tasa de divorcios, que se incrementó en estos tres países en los años previos a la epidemia de suicidios.

En definitiva, aún cuando los datos a favor de la hipótesis de la imitación de las conductas suicidas por los adolescentes no son concluyentes, sí parecen ser más consistentes en lo referente a la influencia de las noticias reales, apareciendo muchas dudas respecto al papel de las historias de ficción y la exposición inespecífica a la televisión. En todo caso, la imitación obedecería a un mecanismo multideterminado en el que interactuarían las características del individuo, el estímulo y el ambiente.

### III.10. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO DE LAS TENTATIVAS SUICIDAS.

Existe un amplio acuerdo en admitir que la existencia de una o varias tentativas de suicidio previas, constituye un importante factor predictivo de suicidio consumado.

Por ello, son frecuentes los estudios que investigan, en este grupo de riesgo, tanto la repetición de las tentativas suicidas, como los fallecimientos por suicidio u otras formas de muerte violenta.

Dentro de los estudios considerados como clásicos, podemos mencionar los de Barter, Otto y Ettlinger. Barter et al (1968) encontraron que el 42.2% de los 45 adolescentes incluidos en la muestra, realizaron una nueva tentativa suicida. Las variables que diferenciaban a aquellos que repetían la tentativa suicida eran:

- Tener un mayor porcentaje de pérdidas parentales, por lo que en una mayor proporción no vivían con sus padres.
- Desarrollar una actividad social más pobre.
- Presentar un mayor número de contactos con Servicios Sociales.

Otto (1972) encontró una mortalidad del 4% tras 10-15 años de seguimiento de 1727 niños y adolescentes con comportamiento suicida, mientras que en el estudio de Ettlinger (1975) tras una evaluación de más de 5 años, en el grupo de tentativas de suicidio habían muerto el 6%, frente al 0% de mortalidad en el grupo control.

Investigaciones recientes también confirman la idea de que en la predicción del suicidio consumado, la existencia de tentativa previa es un factor de gran importancia. Así, en un seguimiento durante 5 años de 362 adolescentes con tentativa de suicidio, Kotila y Lönnqvist (1989) encontraron que el 1.2 % de las mujeres y el 4.3% de los varones se suicidaron, siendo el riesgo de muerte mayor durante los seis primeros meses tras la tentativa autolítica.

Para estos autores la severidad tanto en la letalidad como en la intencionalidad sería un factor determinante del riesgo suicida, ya que el 31% de los que murieron habían realizado una tentativa suicida de intención severa, y en el 25% de los casos la letalidad también había sido severa.

Asimismo, resulta destacable cómo entre los jóvenes que posteriormente se suicidaron, en un 60% de los casos los motivos que conducían al intento autolítico no estaban claros, mientras



que entre los supervivientes, el 45% señalaban como motivos una llamada de atención o una forma de escapar de una situación sin salida (Kotila y Lönnqvist, 1989).

Motto (1984) señala tres características con valor predictivo de posterior suicidio consumado en jóvenes con tentativas previas:

- Comunicaban, antes de hacer el primer intento, su intención suicida.
- Presentaban sintomatología depresiva y temor a padecer una enfermedad mental.
- Mantenían una actitud ambivalente o negativa hacia el profesional.

En una investigación realizada en Oxford, Sellar et al (1990) observaron que el 10% de la población adolescente estudiada por autointoxicaciones medicamentosas precisó un nuevo ingreso por ese mismo motivo durante un periodo medio de seguimiento de 3.6 años. Las tasas iniciales de ingreso por autoenvenenamiento fueron más elevadas en mujeres; pero el número de readmisiones a partir del primer ingreso era similar en hombres y mujeres, aunque para Deykin et al (1985) las mujeres

adolescentes son más frecuentemente repetidoras de la conducta suicida que los varones.

La tasa de muertes en la cohorte analizada por Sellar et al (1990) fue significativamente más alta que la esperable en población general de esa misma edad, siendo casi todas las muertes por causas violentas o no naturales.

Kotila y Lönnqvist (1987a) compararon la evolución de adolescentes que realizaban una tentativa suicida por primera vez con los repetidores y observaron que el 1.3% de los primeros y el 3.9% de los repetidores habían consumado el suicidio tras un periodo de observación de aproximadamente 5 años.

Excepcionalmente, algunos estudios no han podido confirmar esta opinión general, como es el caso de Angle et al (1983) que en un seguimiento durante 9 años de 47 adolescentes hospitalizados por conducta autodestructiva, no encontraron ningún fallecimiento.

Un amplio estudio realizado por Allebeck y Allgulander (1990a) con varones de 18 a 20 años evaluados inicialmente durante el servicio militar y seguidos durante 13 años, demuestra que el 36% de los fallecimientos lo fueron por suicidio. Entre aquellos jóvenes con diagnóstico psiquiátrico en el momento de

realizar el servicio militar, se obtuvo un riesgo relativo de suicidio de 3.1 (IC del 95% 2.3-4.0) confirmando la opinión de que el diagnóstico psiquiátrico es un poderoso predictor de suicidio.

En los jóvenes estudiados por Allebeck y Allgulander el consumo de alcohol y el bajo control emocional se asociaban significativamente con un aumento del riesgo de suicidio; y dentro de las diferentes categorías diagnósticas, la esquizofrenia era la que presentaba un mayor riesgo de suicidio en varones jóvenes.

Estudiando una muestra de adolescentes holandeses con intento de suicidio, Kienhorst et al, 1990 encuentran que el 9% realizaban una nueva tentativa durante el año siguiente. Estos autores (Kienhorst et al, 1993) proponen distinguir dos grupos de adolescentes con T.S. que tendrían un pronóstico diferente.

Un primer grupo se caracterizaría por presentar problemas de conducta tales como reincidencia suicida, consumo de drogas o pensamientos suicidas recientes, y sería el grupo de mayor riesgo de realizar una nueva tentativa de suicidio.

El otro grupo se caracterizaría por ser adolescentes sin estos problemas conductuales; pero con acontecimientos como la

muerte de un familiar o el divorcio de los padres, y tendrían un menor riesgo suicida.

En un estudio de seguimiento durante 6 meses realizado por Brent et al (1993d) entre adolescentes (13-18 años) que habían realizado una tentativa de suicidio, observaron que un 9.7% repitió la tentativa autolítica en ese periodo, con una media de tiempo transcurrido antes de la reincidencia de 102 días.

Estos investigadores (Brent et al, 1993d) determinaron, mediante una regresión logística, que las mejores variables predictivas de una nueva tentativa de suicidio eran la existencia de una tentativa de suicidio previa y el diagnóstico de trastorno afectivo con comorbilidad no afectiva.

Generalmente, los estudios de seguimiento de los intentos de suicidio tienen en cuenta las cifras de repetición y las muertes, más que los cambios ocurridos en la psicopatología subyacente, por ello resulta muy interesante el trabajo de Sakinofsky et al (1990) en el que se examinan las relaciones entre la resolución de los problemas psicosociales que preceden a los actos suicidas y los posteriores cambios psicológicos de los pacientes.

El principal hallazgo de este estudio de Sakinofsky et al (1990) fue que la cifra de repetición de la T.S. a los tres meses era del 16% tanto para los "resolvedores" (sujetos que solucionaron sus problemas y lograron una notable mejoría psicológica y social) como para los "no resolvedores".

A la luz de estos resultados, Sakinofsky y Roberts (1990) cuestionan la idea de que la resolución de los problemas de los parasuicidas elimine su necesidad de dañarse, y destacan el importante papel del aprendizaje y los neurotransmisores en la repetición de las conductas suicidas.

Finalmente, debemos mencionar uno de los escasos estudios de seguimiento realizados en nuestro país, en el que Mardomingo et al, 1994 analizan la evolución de un grupo de adolescentes con tentativa de suicidio durante 8 años.

Al final de ese periodo, se habían producido un 29% de embarazos no deseados, el 33% de los adolescentes consideraban sus relaciones interpersonales fuera del grupo familiar como inestables o ausentes, y un alto porcentaje (41.67%) se mantenía sin ocupación académica o laboral.

Tras el periodo de seguimiento, el 45.6% no presentaba ningún trastorno mental, mientras que entre los que sí tenían

patología psiquiátrica los cuadros clínicos más frecuentes fueron los trastornos afectivos (20.8%) y los trastornos de personalidad (12.5%).

Respecto a la recurrencia de los comportamientos autolíticos, el 25% de los varones y el 20% de las mujeres repitieron la tentativa suicida durante ese periodo de 8 años, aunque sin llegar a confirmarse ningún caso de suicidio ni de muerte violenta durante el seguimiento.

### **III.11. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA.**

#### **III.11.1. Estrategias preventivas actuales:**

La preocupación por las alarmantes cifras alcanzadas por el suicidio entre adolescentes, ha determinado que algunos países como EE.UU. desarrollen desde hace varios años diversos programas de prevención. Estos incluyen servicios en la comunidad tales como teléfonos de ayuda, centros de intervención en crisis, servicios de tratamiento individual para jóvenes de alto riesgo, programas escolares, intervenciones a través de los medios de comunicación con emisión de películas y reportajes, etc. (Blumenthal, 1990b).

Vamos a analizar brevemente algunas de las estrategias preventivas que más amplio desarrollo han alcanzado en los últimos años:

##### **III.11.1.1. Unidades de prevención y Centros de intervención en crisis:**

El optimismo inicial sobre la aparente eficacia en Gran Bretaña del denominado movimiento samaritano (Varah, 1973),

favoreció la proliferación en EE.UU. de centros de prevención del suicidio a partir de la década de los sesenta (Miller et al, 1979).

Algunos estudios han intentado demostrar una disminución en las tasas de suicidio coincidiendo con la expansión de estos centros de prevención y de intervención en crisis; sin embargo, los resultados no han podido confirmar de forma definitiva esa supuesta eficacia (Lester, 1974; Weiner, 1969).

No está definitivamente demostrado que la apertura de nuevos centros de prevención del suicidio sea capaz de reducir la incidencia de los mismos; así, en un amplio estudio de Miller et al (1984) sobre la eficacia de estos centros, encuentran que solamente las mujeres jóvenes de raza blanca tuvieron un descenso en el número de suicidios tras la apertura de centros de prevención.

#### III.11.1.2. Teléfonos de ayuda:

Ya en 1885 el reverendo Warren inició la labor de ayuda telefónica al suicida en la ciudad de New York (Rocamora, 1984), inaugurándose en 1958 en Los Angeles el primer centro de prevención del suicidio dirigido por N.L. Farberow y E.S. Shneidman,



mientras que en Europa esta experiencia tuvo su inicio en Londres, gracias al pastor anglicano C. Varah (1973).

Estos teléfonos de ayuda son atendidos por un amplio grupo de profesionales (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, sacerdotes, etc). En las intervenciones en crisis se busca fundamentalmente una contención de la angustia del presuicida, para intentar posteriormente romper el círculo de soledad que muchas veces asfixia a estas personas, poniendo el acento sobre la "esperanza".

En España funciona un Teléfono de la Esperanza desde el año 1974. Durante el año 1983, según los datos recogidos por Rocamora (1984), de las 26374 llamadas recibidas, 343 se debieron a contenidos suicidas, y curiosamente las llamadas de este tipo fueron realizadas en la misma proporción por hombres que por mujeres, aunque globalmente llaman mucho más las mujeres.

Resulta subrayable, sin embargo, que únicamente diecisiete de las llamadas por contenidos suicidas fueron realizadas por adolescentes, poniendo de manifiesto la gran limitación de este método en la prevención del suicidio juvenil.

**III.11.1.3. Programas preventivos en la Escuela:**

Según Shaffer et al (1991) en el año 1986 más de 120 programas de educación sobre el suicidio fueron aplicados en las escuelas a 170.000 estudiantes norteamericanos. Los programas se dirigían fundamentalmente a adolescentes y educadores, si bien en algunos casos incluían también a los padres. Los propósitos de estos programas eran:

- Evaluar el problema del suicidio juvenil.
- Aumentar el conocimiento sobre los rasgos clínicos del joven presuicida.
- Dar información y pautas de actuación para enviar a los pacientes con riesgo a los centros adecuados.
- Animar a los jóvenes con ideación suicida a comunicar sus preocupaciones.

Diversos estudios (Overholser et al, 1989; Shaffer et al, 1990; Shaffer et al, 1991; Vieland et al, 1991) han evaluado la eficacia y la seguridad de estos programas preventivos, y aunque encuentran que la reacción de los jóvenes hacia el programa suele ser positiva, se subrayan algunos riesgos:

- Estos programas pueden presentar el suicidio como una respuesta comprensible a los problemas del adolescente, lo que indirectamente favorecería la aparición de ideación suicida.
- Son programas que se dirigen a grupos de adolescentes no seleccionados, es decir, que no son de alto riesgo.
- Los adolescentes con tentativas de suicidio previas tienen más posibilidades de reaccionar negativamente ante el programa, existiendo incluso un riesgo cierto de imitación, sobre todo entre jóvenes sintomáticos (Davidson et al, 1989).

Respecto a la eficacia de los distintos programas evaluados, los más eficaces reunían las tres características siguientes: los presentadores eran más expertos, los grupos más pequeños y los adolescentes de más edad.

Finalmente, se señala por una parte que los programas deben ser selectivos y cautos, dado el riesgo de imitación (Shaffer et al, 1990), y por otra parte que aunque los exclusivamente educativos probablemente no sirvan para los jóvenes de alto riesgo suicida, no se debe renunciar por ello a mejorar la salud mental de los jóvenes desde programas escolares.

#### III.11.1.4. Empleo de escalas predictivas:

Muchas investigaciones han evaluado la presencia de signos de alarma que permitan delimitar un "síndrome presuicida" como método para predecir el suicidio.

En el caso de los niños y adolescentes no hay acuerdo a este respecto; para algunos autores como Otto (1972) no podríamos diferenciar un auténtico síndrome presuicida, mientras que para Farmer e Hirsch (1980) sí existiría. En todo caso, muchos de los síntomas considerados por algunos autores como pertenecientes al síndrome presuicida: disminución del rendimiento escolar, ansiedad, trastornos del sueño, llanto, etc, coinciden con la sintomatología propia de los trastornos del estado de ánimo en estas edades, de ahí la importancia de detectar precozmente los trastornos psiquiátricos infanto-juveniles.

De ser cierto, como señalaban Robins et al (1959), que la mayoría de los suicidios son premeditados, posibilitaría teóricamente una prevención médica asentada en la indagación de la ideación suicida en el paciente. Con este objeto se han diseñado desde hace décadas numerosas escalas predictivas del riesgo suicida. Sin embargo, dado que la prevalencia del suicidio es relativamente baja, incluso tests predictivos de especificidad y sensibilidad notablemente alta, incluirían demasiados falsos

positivos, limitando enormemente su utilidad práctica (Murphy, 1983). Como dificultad añadida a lo antedicho, no debemos olvidar la existencia de un factor sorpresa inherente a todo acto suicida (Ramos y Cordero, 1990).

Hawton (1987) señala una serie de dificultades en la evaluación del riesgo suicida:

- Los problemas derivados de las bajas tasas de suicidio.
- La dificultad para aplicar factores de riesgo generales a individuos concretos.
- Las dificultades para identificar los factores de riesgo.
- Los riesgos a corto plazo Vs. largo plazo.
- La variabilidad de los factores de riesgo.
- La ausencia de universalidad de los factores de riesgo.

No obstante, se debe hacer un esfuerzo para considerar el riesgo de suicidio en los adolescentes como individual y evaluable (Ansorena et al, 1985).

Uno de los primeros intentos de elaborar una escala capaz de diferenciar a los sujetos con tentativa suicida que tuvieran un mayor riesgo de llegar a consumir el suicidio, fue la realizada por Tuckman y Youngman (1968), constituida por 17 factores. Los autores concluían que cuanto más alta era la puntuación obtenida mayor era el número de suicidios consumados. Los factores incluidos en la escala eran:

Edad, sexo, raza, estado civil, convivencia, empleo, salud física, salud mental, atención médica, método, estación del año, hora del día, lugar de la tentativa suicida, intervalo entre la tentativa suicida y su descubrimiento, comunicación de la intención suicida, nota suicida e intento o amenaza previa.

Como ejemplos de esta línea de investigación en la prevención del suicidio, se pueden destacar las escalas predictivas diseñadas por Pallis et al (1984) que constan de dos versiones, una corta de 6 items y otra larga de 18 items; y las más conocidas de Beck et al (1990).

Sin embargo, según Kreitman y Foster (1991) las características de los pacientes con historia de parasuicidio tienden a variar de año en año, lo que supondría una dificultad añadida para la elaboración de escalas predictivas, ya que la mayoría de estas escalas se construyen con items derivados de comparaciones retrospectivas entre repetidores y no repetidores.

Si las discriminaciones dejan de ser válidas, los instrumentos predictores derivados de ellas se convierten en obsoletos, ya que según Kreitman y Foster (1991) ningún método predictivo puede ser eficaz si aquello que predice se modifica con el tiempo. Estos autores ponen como ejemplo el alcohol, que generalmente se considera asociado a la conducta suicida, aunque la eficacia predictiva de este factor parece variar de acuerdo con el momento de la historia evolutiva del paciente.

Recientemente, un grupo de investigadores de la Universidad de Utrecht (Kienhorst et al, 1991) ha elaborado un índice predictor del riesgo suicida en adolescentes deprimidos que está compuesto por siete items, diferenciando cuatro grupos de riesgo de acuerdo con la puntuación obtenida.

Las cuestiones incluidas por estos autores en su índice predictor son:

- A - ¿Has ganado peso últimamente?
- B - ¿Has perdido energía o te sientes cansado?
- C - ¿Vive tu padre lejos de casa?
- D - ¿Alguna vez casi intentas suicidarte?
- E - ¿Consideras razonable la posibilidad de suicidarte?
- F - ¿Tienes actitud pesimista hacia el futuro?
- G - ¿Consideras que tu situación es desesperada?

**III.11.2. Programa para la prevención del suicidio en la  
adolescencia:**

Las conductas suicidas presentan la peculiaridad de que su prevención y tratamiento van casi siempre unidos, siendo imposible pensar en una sola forma de actuación, desligándola de la otra.

Para desarrollar una correcta prevención de las conductas suicidas, Diekstra (1989a) aconseja actuar en los cuatro niveles siguientes:

- 1 - INVESTIGACIÓN:
  - Estudio de los datos epidemiológicos de incidencia y prevalencia de los suicidios y las tentativas de suicidio, así como de los factores de riesgo.
- 2 - MEJORA DE LOS SERVICIOS:
  - Formación de los profesionales sanitarios.
  - Coordinación de la Atención Primaria y la Salud Mental.
- 3 - ENTRENAMIENTO Y FORMACIÓN SOBRE EL SUICIDIO:
  - Profesores y tutores.
  - Policía.



- Teléfonos de urgencia.
- Medios de comunicación.
  
- 4 - SERVICIOS ESPECIALES PARA GRUPOS DE ALTO RIESGO:
  - Escolares.
  - Adultos que viven solos.
  - Reclusos.
  - Pacientes crónicos.
  - Toxicómanos y alcohólicos.
  - Familiares de suicidas.

A continuación, se resumen algunas características de los programas preventivos destinados a disminuir las tasas de conductas suicidas entre los adolescentes de riesgo, utilizando como modelo el desarrollado en el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Universitario San Carlos (González Seijo et al, 1994).

Este programa se fundamenta en dos argumentos subrayados en repetidas ocasiones por destacados investigadores en este área:

- En primer lugar, que la clave en la prevención del suicidio es la identificación, evaluación y tratamiento de la enfermedad mental (Turgay, 1989; Blumenthal, 1990a).

- En segundo lugar, que una eficaz prevención del suicidio pasa por la identificación de grupos o individuos de alto riesgo (Bonals, 1992) sobre los que actuar, ya que programas preventivos amplios e inespecíficos se han demostrado incluso nocivos (Shaffer et al, 1991).

Dicho programa preventivo se estructura en cinco niveles:

- Valoración del adolescente.
- Tratamiento inicial.
- Intervenciones terapéuticas a medio-largo plazo.
- Otras intervenciones en la comunidad.
- Evaluación del programa.

No obstante, hay que señalar que estos programas no se deben considerar absolutamente inflexibles, ya que, como afirman Civeira et al (1985), debe buscarse la individualización de cada tratamiento. En todo caso, el terapeuta no debe olvidar la multicausalidad del suicidio juvenil, por lo que se mostrará flexible para cambiar en el momento oportuno la focalización terapéutica desde el adolescente a la familia, a la escuela o a la sociedad, dentro de lo que debe ser un programa dinámico e integral (Turgay, 1989).

### III.11.2.1. Valoración del adolescente:

El hecho de que cada vez sea más frecuente ver en los Servicios de Urgencias jóvenes que llegan en estado de intoxicación, puede convertirse en un estereotipo que acabe despertando poco interés en el profesional (Hankoff, 1985). Es este un error que nunca debe cometerse, dada la morbilidad y mortalidad a largo plazo de estos pacientes.

A la hora de valorar la gravedad de una tentativa de suicidio, según Glaser (1965) debemos tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Gravedad del conflicto del adolescente.
- Recursos internos para superar esa situación de conflicto.
- Recursos externos disponibles.
- Valoración realista de la situación estresante que ha conducido al episodio.

La primera recomendación que debemos tener presente es que la valoración de un intento de suicidio va más allá de la mera exploración psicopatológica, ya que también debemos estudiar el funcionamiento personal, familiar, escolar y social del joven. Así, Blumenthal (1988) enumera los factores que debe considerar el médico al valorar a un paciente suicida:

- Valoración de las circunstancias del intento.
- Síntomas de presentación.
- Enfermedades psiquiátricas.
- Antecedentes psicosociales.
- Factores de personalidad.
- Antecedentes familiares.

Tampoco se debe olvidar que un gesto suicida es casi siempre un intento de comunicar algo, una llamada de auxilio, un querer transmitir un mensaje; por lo que se debe hacer un esfuerzo para captar y entender este mensaje (Bonals, 1992).

#### III.11.2.2. Tratamiento inicial:

Es especialmente delicado el momento en el que el joven se recupera de una situación de intoxicación medicamentosa. Muchas personas se quejan de la sensación de "*desatención psíquica*" al ser atendidos en el hospital, por lo que es fundamental realizar una intervención psicológica útil que permita descargar los sentimientos que implica el acto suicida (Sarró, 1984b).

Esta misma autora (Sarró, 1985) señala tres aspectos fundamentales a tener en cuenta en el abordaje inicial de la crisis suicida, y que son básicos para asentar una correcta estrategia terapéutica:

- Establecer una buena comunicación y un diálogo abierto.
- Establecer el diagnóstico, sea a nivel de trastorno mental, crisis o reacción a estrés.
- Sensibilizar a las personas significativas.

La necesidad de hospitalizar al adolescente es una de las decisiones más trascendentes que se deben tomar. Hay que valorar la importancia de los factores de riesgo suicida (gravedad, síntomas psiquiátricos, antecedentes, etc); pero sin olvidar los apoyos extrahospitalarios con los que pueda contar el joven y las características de la Unidad de Hospitalización pediátrica o psiquiátrica.

Meitus (1980) afirma que *"en caso de duda se debe hospitalizar"*, de tal manera que un breve ingreso estaría indicado en muchos casos, al menos en los más graves.

Una vez completada la valoración inicial, entrevistada la familia y discutidas las implicaciones del acto suicida con el adolescente, debe iniciarse con la mayor prontitud la intervención terapéutica adecuada a cada caso: tratamiento psicofarmacológico, psicoterapia individual, grupal o de familia, etc.

El momento de reencuentro del adolescente con la familia parece fundamental, por lo que es prioritario que el terapeuta hable con los padres para crear un ambiente lo más distendido posible, explicando la ineficacia de buscar "*culpables*" de la situación creada. También es necesario estar atentos al impacto del acto suicida en la familia.

Para Turgay (1989) el proceso de recuperación de esta conmoción pasa por seis etapas: shock y miedo; pánico y acción; culpa; resentimiento; reparación y, finalmente, recuperación parcial.

Cuanto más grave sea la tentativa de suicidio, más intensa será esta reacción, ayudando el proceso terapéutico a entender mejor las reacciones y los sentimientos de los otros.

Roche et al (1992) también ponen el acento en el reencuentro con el adolescente, y consideran esencial el trabajo sobre la huella que esta experiencia va a dejar.

#### **III.11.2.3. Intervenciones terapéuticas a medio y largo plazo:**

Como aplicación del "*modelo de sobreposición*" a la prevención del suicidio, Blumenthal (1990a) propone un "*modelo umbral*"

consistente en reforzar varios factores protectores mediante determinadas intervenciones terapéuticas. Estas intervenciones incluirían:

- Favorecer la flexibilidad cognitiva.
- Desarrollar respaldos sociales firmes.
- Ausencia de acontecimientos vitales precipitantes.
- Ausencia de pérdidas significativas.
- Reforzamiento de la esperanza.
- Tratamiento de la patología psiquiátrica.
- Tratamiento de los trastornos de personalidad.

Es conveniente adoptar una estrategia terapéutica secuencial, atendiendo en cada momento las necesidades prioritarias del adolescente.

El programa debe tener un carácter dinámico e integral, siendo capaz de recurrir en el momento adecuado tanto a la psicoterapia individual (Liberman y Eckman, 1981) como a las terapias grupales (Sarró et al, 1984a) o familiares (Ennis, 1983).

Para Morgan (1992), el propósito debe ser dar un apoyo personal intensivo plenamente de acuerdo con el paciente, más que una simple vigilancia impersonal.

Otros aspectos prioritarios en el tratamiento a largo plazo son los esfuerzos encaminados a eliminar el sustrato de desesperanza presente en muchos adolescentes suicidas (Murphy, 1983) y la mejora de las habilidades de afrontamiento (Winett et al, 1988). Para McLure (1984) el objetivo último sería el desarrollo armónico de la personalidad del adolescente, potenciando su dignidad de persona e impulsando el plan de cada sujeto para autorrealizarse.

#### **III.11.2.4. Otras intervenciones en la comunidad:**

Muchas de las intervenciones comunitarias recomendadas por Blumenthal (1990b) en EE.UU. son aplicables en nuestra sociedad, y algunas de ellas ya han sido comentadas brevemente en páginas anteriores:

- Disminución del número de armas de fuego disponibles.
- Aumento de la educación.
- Disminución de la influencia de los medios de comunicación de masas.
- Desarrollo de programas educativos y sanitarios.



- Creación de clínicas de riesgo.
- Formación de equipos multidisciplinarios.
- Tratamiento de los trastornos mentales y del abuso de tóxicos.
- Coordinación entre el sistema sanitario y la comunidad.

Harrington y Dyer (1993), en un reciente artículo, coinciden con Blumenthal (1990b) en varios de estos puntos ya que consideran que los tres elementos fundamentales a tener en cuenta en la prevención del suicidio juvenil son:

- Detectar y tratar los trastornos psiquiátricos en los jóvenes, especialmente los trastornos afectivos, ya que les confiere un especial riesgo.
- Disminuir la disponibilidad de los métodos suicidas, dado que el riesgo suicida está relacionado con el acceso a esos métodos.
- Considerar las tentativas de suicidio como un problema de salud pública, por su elevada prevalencia y elevado riesgo de repetición, realizando evaluaciones sistemáticas de su manejo.

Debido a que los suicidios en niños y adolescentes adquieren las connotaciones de una auténtica tragedia, los medios de comunicación les dedican cada vez una mayor atención (Bonals, 1992), sin ser conscientes en ocasiones del riesgo que entraña esta excesiva publicidad (González Seijo et al, 1993b), dado el carácter imitativo de algunas de estas conductas.

Los programas educativos deberían dirigirse en primer lugar al propio personal sanitario, ya que es posible que estas situaciones de autodestrucción provoquen en el equipo sanitario actitudes de rechazo o prejuicio (Sarró, 1984b). Por todo ello es de capital importancia que los planes de estudio de las Facultades de Medicina, los programas de Residencia y los programas de Formación Continuada contengan información sobre el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos psiquiátricos y, particularmente, de los comportamientos suicidas.

También resulta de crucial trascendencia una correcta coordinación entre los diferentes dispositivos asistenciales, ya que facilitaría que los servicios de urgencia y atención primaria, fueran el punto de inicio de una intervención más específica.

Los programas educativos poco selectivos dirigidos a la población general presentan riesgos que ya hemos señalado, no

obstante pueden ser muy útiles para aumentar el conocimiento sobre la enfermedad mental y los recursos de ayuda existentes, en todo caso no deberían enfatizar en exceso el concepto de suicidio. Quizá la situación ideal sería combinar estos programas de información sobre los beneficios de solicitar ayuda cuando se tienen problemas psicológicos, con evaluaciones sistemáticas para identificar adolescentes de riesgo.

Respecto a las intervenciones comunitarias globales, son interesantes las palabras de Franklin Thomas, presidente de la Fundación Ford, quien en 1985, refiriéndose a los servicios nacionales para jóvenes, afirmaba que *<<podrían ayudar a disminuir la incidencia entre la juventud de abuso de alcohol, vandalismo y crimen, embarazos no deseados y otros síntomas de alienación. Lo más importante, sin embargo, es que un servicio nacional de este tipo, más que un parche para problemas sociales o una forma de mantener a los adolescentes ocupados, podría ayudarles a encontrar sus identidades, cimentar principios para sus vidas y hacer que desarrollen un mayor nivel de respeto para consigo mismos y para con la sociedad>>* (Citado por Ashton y Seymour, 1990).

#### III.11.2.5. Evaluación del programa:

La investigación evaluativa es fundamental en la integración de la investigación relacionada con la salud (Soriguer, 1993), por ello los programas de prevención del suicidio deben evaluarse periódicamente, atendiendo a dos aspectos fundamentales: eficacia y seguridad.

La evaluación intenta medir la efectividad mediante el logro de unos objetivos (Hanlon, 1973); es decir, como señala Seva (1993), intenta conocer el movimiento progresivo en dirección al objetivo u objetivos que fueron previamente establecidos. Para ello los objetivos del programa deben ser explicitados y formulados de manera que permitan la evaluación objetiva del programa (Lamb, 1989). Sin embargo la evaluación debe diferenciarse de la simple definición de indicadores sanitarios (Seva, 1993), debiendo realizarse dentro de un marco de investigación controlado, cuantificando la relación entre recursos (*input*) y calidad de vida resultante (*outcome*).

Señalar por último, cómo esta evaluación del programa permitiría introducir las modificaciones oportunas en el mismo de cara a alcanzar los objetivos propuestos, ya que como señalan Sota y Guimón (1989) una adecuada evaluación es la base para la racionalización.

#### **IV. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

## **IV. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

### **IV.1. JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS.**

El enorme interés y preocupación que despiertan entre la comunidad científica los comportamientos suicidas, se materializa en el elevado volumen de publicaciones dedicadas a este tema. No obstante, a pesar de esta proliferación de artículos sobre el comportamiento suicida en revistas internacionales, creemos que los resultados obtenidos no tienen validez universal, ya que los factores de riesgo varían mucho de unos países a otros (Bergstrand y Otto, 1962), e incluso se modifican notablemente con el paso del tiempo (Kreitman y Foster, 1991).

Hemos enfocado nuestra investigación hacia el estudio de las tentativas de suicidio, pues consideramos que el examen directo del sujeto, brinda una información más completa y profunda acerca de las conductas suicidas, que el análisis de los suicidios consumados.

Asimismo, hemos elegido como periodo de estudio la adolescencia porque es en este momento evolutivo cuando las conductas suicidas presentan su rostro más dramático y nos plantean más interrogantes: ¿Cómo puede entenderse el deseo de muerte voluntaria en una etapa de plena eclosión vital?.

Aún cuando las tentativas de suicidio son un motivo cada vez más frecuente de consulta entre los adolescentes, pensamos que su verdadera importancia más que cuantitativa es cualitativa, y deriva de la elevada morbilidad y mortalidad observada en el seguimiento de estos jóvenes.

Por todo lo antedicho, y ya que en nuestro país son escasos los trabajos que, utilizando una muestra amplia y un grupo control adecuado, estudien de forma pormenorizada las tentativas de suicidio entre los adolescentes, consideramos suficientemente justificada esta investigación.

Se han propuesto diversos modelos explicativos del suicidio -sistemas de hipótesis lógicamente articuladas entre sí- que incluyen diferentes aspectos y perspectivas. En el presente estudio hemos tratado de probar empíricamente parte del "modelo de sobreposición" propuesto por Blumenthal, constituido por cinco esferas de vulnerabilidad y que ya hemos analizado en profundidad en un capítulo anterior.

La hipótesis fundamental, cuya aceptación o rechazo va a ser valorada en esta tesis, es la siguiente: los adolescentes que realizan tentativas de suicidio se diferencian de los jóvenes sin conducta suicida en sus características psicológicas, psicopatológicas, socioambientales, escolares, y familiares.



#### IV.2. OBJETIVOS.

Los objetivos que han guiado el desarrollo de nuestra investigación han sido:

- Estudio descriptivo de las características de las tentativas de suicidio en los adolescentes de nuestro medio.

- Análisis de las diferencias personales, familiares y sociales entre los adolescentes con tentativa de suicidio y los escolares sin conducta suicida.

- Estudio de la influencia del sexo en las tentativas de suicidio, mediante la comparación de las características de las mismas entre los hombres y las mujeres adolescentes.

- Determinación del papel de la edad del adolescente en las características de las tentativas de suicidio.

- Estudio de los factores de riesgo significativos para las tentativas de suicidio, y determinación de su carácter predictivo.

## V. MATERIAL Y MÉTODO

## **V. MATERIAL Y MÉTODO**

### **V.1. SISTEMA DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA Y DEL GRUPO CONTROL.**

La muestra estaba constituida por 54 adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Universitario San Carlos de Madrid por presentar una tentativa de suicidio.

Este Centro es responsable de la atención sectorizada de unos 95.000 niños y adolescentes de varios distritos municipales urbanos de Madrid (Ayuntamiento de Madrid, 1991).

El periodo de estudio se prolongó durante 30 meses, entre Febrero de 1991 y Julio de 1993.

Los criterios de inclusión elegidos fueron los siguientes:

- Presentar, en el momento actual, una tentativa de suicidio según la definición de Bassuk (1984): *"todo acto que realizado por el paciente constituye una amenaza contra su propia vida o al menos eso aparenta"*.

- Tener una edad comprendida entre los 13 y 18 años.

- Aceptar, tanto el adolescente como su familia, la participación en el estudio y colaborar suficientemente para completar la evaluación requerida.

Del total de 60 niños y adolescentes atendidos por intento de suicidio durante el periodo que duró la investigación, fue posible completar la valoración de 54 casos que cumplían los anteriores criterios de inclusión y que constituyen la muestra objeto de estudio.

El grupo control fue seleccionado, como suele ser habitual en este tipo de estudios (Adams et al, 1994), de forma aleatoria entre los estudiantes de dos colegios de la misma ciudad, uno público y otro privado, utilizando como criterio básico de inclusión que el alumno no hubiera presentado nunca una tentativa de suicidio. Al igual que en el estudio de Bucca et al (1994),

se eligieron dos sujetos control por cada caso de adolescente con tentativa suicida, y se realizó un ajuste respecto a la edad y al sexo en función de la muestra, quedando constituido finalmente este grupo control por 108 escolares.

Se optó por este sistema de selección, en lugar del procedimiento de voluntarios, porque en recientes estudios (Kruesi et al, 1990a) se ha encontrado que una elevada proporción de voluntarios (supuestamente) sanos presentan en realidad una importante psicopatología que puede alterar los resultados.

## V.2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN EMPLEADOS.

### V.2.1. Cuestionario para datos sociodemográficos, clínicos y escolares.

Se elaboró un cuestionario destinado a recoger la información referida a aspectos sociodemográficos, escolares, psicopatológicos y características específicas de la conducta suicida.

Dicho cuestionario constaba de los siguientes items:

- Sexo.
- Edad.
- Hora en la que se produjo la tentativa.
- Día de la semana.
- Día del mes.
- Mes.
- Dispositivo sanitario que remitía al adolescente.
- Nivel educativo del adolescente.
- Rendimiento escolar.
- Actividad escolar o laboral.
- Antecedentes psiquiátricos del adolescente.
- Enfermedades somáticas.
- Fase del ciclo menstrual.

- Grado de planificación de la tentativa suicida.
- Procedimiento utilizado en la tentativa.
- Fármaco empleado en la tentativa de suicidio.
- Gravedad médica de la tentativa.
- Lugar de la tentativa de suicidio.
- Consecución del fármaco.
- Nota de despedida o mensaje.
- Signo anunciador notado por la familia.
- Llamada al Teléfono de la Esperanza.
- Objetivo aparente de la tentativa de suicidio.
- Posibilidad de rescate.
- Actitud postentativa del adolescente.
- Tentativas de suicidio previas.
- Verbalización del deseo de muerte.
- Desencadenante inmediato del gesto suicida.
- Tratamiento prescrito tras la tentativa suicida.
- Ingreso hospitalario.
- Pérdidas parentales precoces.
- Tipo de pérdida.
- Edad de la pérdida.
- Antecedentes suicidas en el entorno.
- Repetición de la tentativa de suicidio.
- Diagnóstico psiquiátrico según criterios CIE-10.
- Factores que influyen en el estado de salud CIE-10.

**V.2.2. Cuestionario para datos familiares:**

Se diseñó un cuestionario destinado a recoger la información referida a aspectos del medio familiar del adolescente, incluyéndose en él las siguientes características:

- Nivel económico familiar.
- Número de hermanos.
- Lugar que ocupa entre los hermanos.
- Número de miembros de la familia.
- Patología psíquica del padre.
- Patología psíquica de la madre.
- Patología psíquica de los hermanos.
- Relaciones familiares.
- Convivencia.
- Actitud de los padres.
- Antecedentes suicidas familiares.
- Cambios en las relaciones familiares tras la tentativa.

**V.2.3. Cuestionario para adolescentes del grupo control:**

Para recoger la información sobre aspectos sociodemográficos, clínicos, escolares y familiares de los adolescentes del grupo control, se elaboró un cuestionario autoaplicado compuesto por 31 preguntas.



Dicha información es equivalente a la obtenida en los adolescentes con tentativa de suicidio a través del cuestionario para datos sociodemográficos, clínicos y escolares, del cuestionario para datos familiares, y del cuestionario sobre el consumo de drogas.

**V.2.4. Cuestionario de adaptación para adolescentes de Hugh M. Bell:**

Este cuestionario de adaptación se aplica de forma autoadministrada y permite obtener cuatro medidas distintas de adaptación personal y social:

- a) Adaptación familiar.
- b) Adaptación a la salud.
- c) Adaptación social.
- d) Adaptación emocional.

Además, la puntuación global se puede utilizar como un indicador del estado general de adaptación.

Consta de 140 items, con tres respuestas posibles: "SI", "NO", "?". No existe tiempo límite para su aplicación, aunque generalmente no se necesitan más de veinticinco minutos para completar el cuestionario.

La adaptación y normalización española del cuestionario ha sido realizada por E. Cerdá (1991).

Mediante las puntuaciones obtenidas en el cuestionario, y tras consultar las tablas correspondientes a la versión española, es posible determinar el nivel de adaptación del adolescente, dentro de los cinco rangos siguientes:

- Excelente.
- Buena.
- Normal.
- No satisfactoria.
- Mala.

#### **IV.2.5. Inventario de la depresión de Beck:**

Como escala para la medida de la depresión en los adolescentes de 17 y 18 años hemos utilizado el "Inventario de la depresión de Beck", instrumento utilizado ampliamente en el estudio de la conducta suicida en adolescentes (Safinofsky et al, 1990; Brown et al, 1991).

Aunque la versión original era un inventario heteroaplicado de 21 items (Beck, 1961), hemos utilizado una forma corta o abreviada, autoaplicada, que consta de 13 items.

Estos items se evalúan mediante una escala de 0 a 3 puntos, siendo la correlación de esta forma corta con la más larga de + 0,96 (Beck et al, 1974).

En nuestro país, Conde y Useros (1974) han realizado una adaptación en castellano de la escala, habiendo sido comprobada tanto su fiabilidad, como su validez y consistencia interna (Conde y Franch, 1984).

Este inventario da más importancia a los componentes cognitivos de la depresión que a los conductuales o somáticos, y la puntuación que arroja se considera una medida de la intensidad de la depresión independientemente del diagnóstico del paciente.

Con la puntuación total obtenida, Beck propone diferenciar los siguientes rangos:

Depresión ausente:	0 - 4 puntos
Depresión leve:	5 - 7 puntos
Depresión moderada:	8 - 15 puntos
Depresión grave:	16 o más puntos

**V.2.6. Cuestionario Español de Depresión Infantil (CEDI) de Rodríguez Sacristán et al.**

Se trata de una adaptación española del "*Children's Depression Inventory*" (CDI) de M. Kovacs, considerado como el más conocido, experimentado y estudiado de los instrumentos de autoevaluación conductual de la depresión infantil (Polaino-Lorente et al, 1988), y cuyo punto de partida fue el "*Beck Depression Inventory*". El CDI de Kovacs es utilizado frecuentemente en estudios sobre conducta suicida en la infancia y la adolescencia (Brown et al, 1991).

La adaptación española ha sido desarrollada por un equipo de la Universidad de Sevilla dirigido por el Prof. Rodríguez Sacristán. Existen dos versiones, una para niños de 5 a 10 años que debe ser contestada por los padres o persona encargada del niño y que presenta tres alternativas de respuesta a cada pregunta, y otra para niños mayores y adolescentes (11-16 años) que es autoaplicada y que consta de 16 items, con cuatro posibles opciones de respuesta en cada uno de ellos.

En nuestro estudio hemos utilizado esta segunda versión en la evaluación de la depresión de los adolescentes de 13 a 16 años.

Los autores (Rodríguez Sacristán et al, 1984) consideran este inventario altamente discriminativo con respecto a la depresión, y proponen diferenciar los siguientes grupos atendiendo a las puntuaciones obtenidas:

Niños sin depresión:	0 - 6 puntos
Niños con depresión ligera:	7 - 12 puntos
Niños con depresión moderada:	13 - 17 puntos
Niños con depresión severa:	18 o más puntos

#### **V.2.7. Escala sobre el concepto de muerte de C.R. Pfeffer:**

Para estudiar el concepto que tenía el adolescente sobre la muerte, se realizó una traducción de la escala utilizada C.R. Pfeffer (1986) con este objetivo.

Esta investigadora del *Cornell University Medical College* ha desarrollado un conjunto de escalas destinadas a estudiar la conducta suicida en niños. La autora recomienda su utilización a modo de entrevista semiestructurada y ha realizado en EE.UU. estudios destinados a determinar sus propiedades formales de puntuación.

Una de estas escalas, en concreto la "Concept of Death Scale" nos documenta acerca de las experiencias del sujeto con la muerte y su concepción de la misma, fundamentalmente en las dos dimensiones siguientes:

Agradable	-	Desagradable
Temporal	-	Definitiva.

Utilizando como modelo esta escala para población infantil, hemos realizado una traducción al castellano de la misma, que incluye 15 cuestiones que nos aportan información precisa y de gran utilidad en el estudio del concepto de muerte en la adolescencia.

Señalar, finalmente, que desconocemos la existencia en nuestro país de estudios de campo sobre la validez y la fiabilidad de dicha escala.

**V.2.8. Escala de acontecimientos vitales adaptada a la población española de 12 a 18 años:**

Esta escala ha sido elaborada por Mardomingo y González (1990) a partir de su propia "Escala de acontecimientos vitales adaptada a la población infantil española entre 6 y 12 años"

(Mardomingo et al, 1990) y complementada por items procedentes de las escalas de Johnson, Newcomb y Garrison.

En el desarrollo de esta escala se tuvieron en cuenta las puntuaciones otorgadas a cada acontecimiento por tres grupos diferentes de profesionales: pediatras, profesores y asistentes sociales.

Consta de 47 items, a cada uno de los cuales le corresponde una puntuación que oscila entre los 26 y 91 puntos, siendo mayor la puntuación atribuida cuanto mayor es el grado de adaptación que el acontecimiento exige al adolescente.

Se han contabilizado los siguientes parámetros:

- 1 - "*Número*" de acontecimientos vitales presentes durante el año previo.

- 2 - "*Puntuación media*" obtenida mediante la división de la suma total de las puntuaciones obtenidas entre el número total de acontecimientos valorados (47 items).

- 3 - "*Valor medio*" de los acontecimientos, obtenido al dividir la suma de las puntuaciones de los acontecimientos vitales presentes entre el número de los mismos.

**V.2.9. Cuestionario sobre el consumo de drogas:**

Se elaboró un cuestionario en el que se recogían los datos referentes al consumo de sustancias tóxicas por parte de los adolescentes, incluyéndose las siguientes categorías:

- Consumo de tabaco.
- Consumo de alcohol.
- Consumo de cannabis.
- Consumo de cocaína.
- Consumo de heroína.
- Consumo de otras drogas (Anfetaminas, LSD, etc).

Asimismo, dicho cuestionario incluía la frecuencia de consumo:

- No consumo.
- Consumo de prueba.
- Consumo ocasional o esporádico.
- Consumo frecuente o continuado.



**V.2.10. Cuestionario de personalidad para adolescentes de**  
**R.B. Cattell y M.D. Cattell:**

El HSPQ es la versión del "*Cuestionario de Personalidad 16 PF de Cattell*" para adolescentes de 12 a 18 años. Consta de catorce escalas o factores de primer orden que permiten obtener unos factores de segundo orden o dimensiones más generales en la estructura de la personalidad, sin olvidar que éstas son únicamente estimaciones.

El HSPQ consta de 140 elementos, aplicables a escolares de la etapa final de EGB y BUP, y permite apreciar trece dimensiones o rasgos de personalidad y una escala de habilidad mental o inteligencia, en un tiempo de aplicación que oscila entre los 40 y 50 minutos.

Las 14 escalas del HSPQ apuntan a dimensiones cuya naturaleza, funcionalmente independiente, ha sido establecida mediante investigación factorial. Sin embargo, cada una de ellas es más que una escala factorial; representa un constructo que ha demostrado tener valor general como una estructura psicológicamente significativa dentro de la personalidad.

Los catorce factores de primer orden aluden a variables psicológicas aisladas factorialmente, y son:

PUNTUACIONES BAJAS	ESCALA	PUNTUACIONES ALTAS
Reservado, frío	A	Abierto, sociable
Inteligencia baja	B	Inteligencia alta
Emocionalmente poco estable, turbable	C	Emocionalmente estable, tranquilo
Calmoso, cauto	D	Excitable, impaciente
Sumiso, obediente	E	Dominante, agresivo
Sobrio, prudente	F	Entusiasta, incauto
Despreocupado	G	Consciente, sensato
Cohibido, tímido	H	Emprendedor
Sensibilidad dura	I	Sensibilidad blanda
Seguro, vigoroso	J	Dubitativo, irresoluto
Sereno, apacible	O	Aprensivo, inseguro
Sociable	Q <sub>2</sub>	Autosuficiente
Poco integrado	Q <sub>3</sub>	Muy integrado
Relajado, sosegado	Q <sub>4</sub>	Tenso, inquieto

Y los cuatro factores de segundo orden son:

PUNTUACIONES BAJAS	FACTOR	PUNTUACIONES ALTAS
Ansiedad baja	$Q_I$	Ansiedad alta
Introversión	$Q_{II}$	Extraversión
Calma	$Q_{III}$	Excitabilidad
Dependencia	$Q_{IV}$	Independencia

La adaptación española ha sido realizada por N. Seisdedos, A. Cordero e I. Dendaluze (Seisdedos, 1989), y aporta una extensa información acerca del estilo de personalidad del sujeto (Amador et al, 1993).

### **V.3. METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN Y RECOGIDA DE DATOS.**

La entrevista inicial se realizó en todos los casos dentro de las 48 horas siguientes a la tentativa de suicidio. En ese momento, además de realizar una evaluación médica y psicopatológica, se recogían algunos datos personales y se aplicaba el inventario de depresión correspondiente a la edad del sujeto (Cuestionario Español de Depresión Infantil para los adolescentes de 13 a 16 años, e Inventario de la Depresión de Beck para los de 17 ó 18 años).

Posteriormente, se realizaba un seguimiento del caso por los profesionales del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil, con sucesivas entrevistas del investigador con el adolescente y su familia.

Durante esta etapa se completaban los restantes datos sociodemográficos, clínicos, escolares y familiares, y se aplicaban los cuestionarios referentes al consumo de drogas y acontecimientos vitales estresantes.

Finalmente, una vez transcurridas varias semanas, y remitida la psicopatología aguda del adolescente o la situación conflictiva relacionada con la tentativa de suicidio, se administraban los Cuestionarios de personalidad (H.S.P.Q.) y Adaptación de H. M.

Bell, así como la Escala sobre el concepto de muerte de C. R. Pffefer.

La recogida de datos del grupo control se realizó en el medio escolar del adolescente. El profesor del curso elegido explicaba brevemente la importancia del estudio, motivando a los escolares para que pusieran el máximo interés en realizar adecuadamente los cuestionarios, y matizando el carácter anónimo del mismo. El examinador daba instrucciones uniformes a todos los grupos evaluados sobre la correcta forma de completar los cuestionarios, resolviendo las posibles dudas que surgieran durante el desarrollo de la prueba.

#### V.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

La falsedad de la hipótesis nula, mediante la comparación de los resultados de las diferentes variables estudiadas, fue contrastada a través de las siguientes pruebas estadísticas:

En la valoración de la asociación de caracteres cualitativos se ha empleado la prueba de Chi cuadrado, con la corrección de Yates y el test exacto de Fisher cuando ha sido preciso; mientras que para las variables ordinales se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

Para las variables cuantitativas se ha utilizado la comparación de medias mediante la prueba t de Student, con estudio de la homogeneidad de las varianzas por la F de Snédécór.

Las comparaciones múltiples de medias se han realizado mediante un análisis de la varianza (ANOVA), junto con el test de comparaciones múltiples de Bonferroni.

El nivel de significación seleccionado fue del 5%, es decir, se rechazó la hipótesis nula siempre que  $p < 0,05$ .

Ya que se trata de un estudio de casos y controles, se estimó el riesgo relativo a través del cálculo de "odds ratio"

(razón de probabilidad) para variables dicotómicas, con sus correspondientes intervalos de confianza al 95% mediante la siguiente fórmula:

$$\ln OR \pm 1.96 \times EE$$

Siendo OR : Odds ratio y EE: Error estandar.

Cuando el intervalo de confianza no incluía el valor 1, se consideraba como estadísticamente significativo.

Cuando hemos comparado muestras apareadas, en la valoración de la asociación de variables continuas se ha utilizado la prueba t Student para datos apareados, mientras que para las cualitativas se han calculado los "odds ratio".

Posteriormente, fueron elegidas algunas variables por su interés clínico y significación estadística para realizar un análisis de regresión logística por pasos. Se utilizó el método de la máxima verosimilitud, y se aplicaron unos límites de rechazo e inclusión de  $p < 0,15$  y  $p < 0,10$ .

Por último, se realizó la correspondiente curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*) para evaluar la representatividad del modelo.

Todos estos análisis se realizaron con el paquete de programas estadísticos biomédicos BMDP (Dixon, 1992).

## VI. RESULTADOS



## **VI. RESULTADOS**

### **VI.1. ESTUDIO DESCRIPTIVO.**

#### **VI.1.1. Descripción general de la muestra:**

##### **VI.1.1.1. Distribución por edad y sexo:**

La muestra estaba formada por 54 adolescentes, con un claro predominio de las mujeres (79.6 %) frente a los hombres (20.4%) (Tabla I).

La distribución según la edad se resume en la Tabla II, y en ella se observa que el intervalo de edad elegido para el estudio fue entre 13 y 18 años. La media de edad se situó en 15.6 años, destacando que más de la mitad de los casos (51,9%) estaban comprendidos en el rango de 14 a 15 años.

**VI.1.1.2. Nivel educativo y actividad:**

El nivel educativo (**Tabla III**) de casi la mitad de los adolescentes de la muestra era Educación General Básica (48.1%), distribuyéndose el resto entre los estudios de Bachillerato Unificado Polivalente (35.2%) y Formación Profesional (16.7%).

En el momento de ser incluidos en el estudio, el 75.9% eran estudiantes (**Tabla IV**), mientras que el 9.3% realizaban una actividad laboral remunerada y el 7.4% de los jóvenes se encontraban en paro.

**VI.1.1.3. Dispositivo sanitario de procedencia:**

En su mayoría (75.9%), los adolescentes fueron remitidos al Centro desde el Servicio de Urgencias del propio Hospital Universitario San Carlos (**Tabla V**). En menor medida, también se realizaron derivaciones desde el Servicio de Pediatría (13.0%) y desde los Centros de Salud Mental (3.7%).

**VI.1.2. Características de la tentativa de suicidio:**

**VI.1.2.1. Distribución temporal de las tentativas.**

En la distribución horaria de las tentativas de suicidio (Figura I) destaca su acúmulo en el periodo que va desde las 12 hasta las 24 horas, durante el cual se produjeron el 83.3% de las tentativas.

La distribución de las conductas suicidas a lo largo de la semana fue bastante uniforme (Figura II) excepto el miércoles, día en el que se observaron doce casos.

Por el contrario, la distribución a lo largo del mes resultó muy irregular (Figura III), con un rango de 0 a 5 casos/día.

Finalmente, respecto a la distribución a lo largo del año (Figura IV), Abril, Febrero y Septiembre fueron los meses que acumularon un mayor número de casos, mientras que en Marzo, Junio y Noviembre se recogieron únicamente 3 casos por mes.

**VI.1.2.2. Métodos suicidas empleados:**

La autointoxicación medicamentosa fue el método o procedimiento suicida más empleado (79.6%), seguido por las autolesiones en los antebrazos (5.6%) y por la precipitación desde una altura (5.6%). Solamente un 5.6% de los adolescentes utilizaron una combinación de dos métodos (Tabla VI).

De los 45 adolescentes que utilizaron fármacos en la tentativa de suicidio (Tabla VII), la mayoría recurrieron a las benzodiacepinas, bien solas (26.7%) o en asociación (13.4%), siendo los analgésicos la segunda familia de medicamentos más empleados (33.3%). En conjunto, un 26.7% de los adolescentes utilizaron varios fármacos simultáneamente.

Respecto a la procedencia de los medicamentos empleados en la tentativa suicida (Tabla VIII), en un 62.2% de los casos pertenecían a uno de los padres, mientras que en un 26.7% habían sido prescritos al propio adolescente.

El lugar elegido para realizar la conducta autolítica (Tabla IX) fue fundamentalmente el propio hogar (87.0% de los casos), y menos frecuentemente la calle (3.7%) o el hogar de un familiar (1.9%).

#### VI.1.2.3. Gravedad médica:

Hemos considerado cuatro categorías respecto a la gravedad de la situación médica derivada de la tentativa suicida (Tabla X):

- Leve: no requería ningún tipo de actuación médica para la recuperación del estado de salud previo.
- Moderada: se necesitaron intervenciones médicas del tipo de lavado gástrico o cura local de heridas.
- Grave: fue preciso hospitalizar al adolescente debido al riesgo de complicaciones.
- Muy grave: el compromiso vital obligó a realizar actuaciones médicas extraordinarias como ingreso en Unidades hospitalarias de vigilancia o recuperación.

Aunque la mayoría de los intentos autolíticos fueron "leves" (35.2%) o "moderados" (29.6%), una quinta parte de los casos (20.4%) fueron considerados "muy graves".

**VI.1.2.4. Grado de planificación de la tentativa:**

Respecto al grado de planificación de la conducta suicida (Tabla XI), hemos coincidido con Ramírez y Carrasco (1989) en distinguir las tres categorías siguientes:

- Planeada o reflexiva: existe un claro periodo de premeditación durante el cual se elabora el plan suicida.
- Impulsiva: se realiza de forma repentina, sin premeditación.
- Mixta: existe una cierta elaboración o planificación suicida previa, aunque en el momento de realizarla predomina el carácter impulsivo.

Más de la mitad de los casos (57.4%) se incluyeron en la categoría de conducta suicida impulsiva, es decir, sin planificación suicida previa, mientras que el 24.1% de los adolescentes reconocía la premeditación del acto autolítico. El 18.5% de los casos fueron considerados como tentativa de suicidio mixta.

**VI.1.2.5. Comunicación y sospecha familiar de las intenciones suicidas:**

Se ha valorado la existencia de comunicación o verbalización previa de las intenciones suicidas a personas del entorno del adolescente (Tabla XII).

Aún cuando la mayoría no había verbalizado sus intenciones de autolisis (61.1%), un porcentaje estimable sí lo había hecho tanto a la familia (13.0%), como a los amigos (18.5%), o incluso a ambos (7.4%).

Asimismo, se investigó el grado de conocimiento que tenía la familia sobre la intención suicida de los jóvenes (Tabla XIII). Únicamente un pequeño porcentaje de los padres (16.7%) reconocía sospechar la posibilidad de que el adolescente realizara un acto suicida.

**VI.1.2.6. Desencadenantes:**

En el análisis de los factores desencadenantes o precipitantes de la conducta suicida, hemos modificado y adaptado para adolescentes las categorías utilizadas por Ramírez y Carrasco (1989), resultando las siguientes:

- Problemas con los padres.
- Problemas escolares.
- Problemas de salud psíquica.
- Problemas con la pareja.
- Pérdida de un ser querido.
- Problemas con los amigos.
- Indeterminado.

Los factores desencadenantes más frecuentes (Tabla XIV) fueron las discusiones con los padres (38.8%), los problemas escolares (18.5%) y los trastornos psicopatológicos (13.0%). En un 13% de los casos no se pudo llegar a precisar la existencia de un claro factor desencadenante de la tentativa.

#### **VI.1.2.7. Objetivo y posibilidad de rescate:**

El objetivo de la conducta suicida ha sido valorado conjuntamente con el adolescente (Tabla XV), diferenciando cuatro categorías:

- Muerte.
- Búsqueda de un cambio.
- Ayuda.
- Otro.



Se trata por tanto de la finalidad que explícitamente reconocía el adolescente como objetivo de la tentativa. La muerte (38.9%) y la búsqueda de un cambio en su situación vital (35.2%) fueron los objetivos más frecuentemente señalados por los adolescentes.

Mediante el análisis detallado de las circunstancias de la tentativa autolítica (presencia de otras personas en el lugar, precauciones tomadas para no ser descubierto, existencia de llamada de auxilio tras la tentativa, etc), hemos valorado la posibilidad de salvación o de rescate del adolescente (Tabla XVI).

En la mayoría de los casos (53.7%) el rescate era claramente posible por la existencia de personas en el lugar de la tentativa de suicidio o por solicitar ayuda el propio adolescente de forma activa. En otro 24.1% el rescate era dudosamente posible, mientras que en el 22.2% restante se consideró como remotamente posible.

#### **VI.1.2.8. Fase del ciclo menstrual:**

En la Tabla XVII se recoge la fase del ciclo menstrual en la que se encontraban, en el momento de la tentativa suicida, las 43 mujeres que formaban parte de la muestra.

La mayoría de las adolescentes se encontraban en el periodo premenstrual (32.6%) o postmenstrual (23.2%), mientras que cinco de las chicas (11.6%) presentaban amenorrea.

**VI.1.2.9. Tentativas de suicidio previas:**

Respecto a las conductas suicidas anteriores (Tabla XVIII), la mayoría de los adolescentes negaban la existencia de alguna tentativa suicida previa (68.5%). En el 20.4% de los casos admitían la existencia de una tentativa previa, mientras que solamente uno de los adolescentes había realizado cuatro tentativas suicidas con anterioridad.

**VI.1.2.10. Nota o mensaje suicida:**

En la Tabla XIX vemos cómo en un pequeño porcentaje de casos (16.7%) fue posible descubrir alguna nota suicida de despedida redactada por el adolescente en las horas previas a realizar la tentativa autolítica.

Sin embargo, la mayoría de los adolescentes (83.3%) negaban haber redactado algún tipo de mensaje o nota de despedida.

**VI.1.2.11. Teléfono de la Esperanza:**

En la **Tabla XX** se resumen las actitudes de los adolescentes hacia el Teléfono de la Esperanza. Únicamente uno de ellos reconocía haber realizado una llamada a dicho teléfono, aunque no para solicitar activamente ayuda, sino paradójicamente para ofrecerse a ayudar a otras personas.

Un 14.8% de los adolescentes reconocían que probablemente hubieran llamado al Teléfono de la Esperanza de haber conocido su existencia.

**VI.1.2.12. Actitud postentativa del adolescente:**

En las sucesivas entrevistas con el adolescente se evaluó la actitud predominante mantenida con posterioridad hacia la conducta suicida (**Tabla XXI**) y se intentaron agrupar dichas actitudes postentativa en las cuatro categorías siguientes:

- Racionalización.
- Sentimientos de culpabilidad.
- Vergüenza.
- Mecanismos de negación.

Los mecanismos de racionalización (25.9%) y los sentimientos de culpa (24.1%) fueron las actitudes más frecuentes; sin embargo, en un notable porcentaje de casos (27.8%), no fue posible delimitar una actitud predominante, por lo que fueron clasificadas como "otras actitudes".

**VI.1.2.13. Actitud de los padres y cambios en las relaciones familiares:**

También resultaron difíciles de clasificar y agrupar las actitudes mantenidas por los padres hacia los adolescentes en el periodo que seguía a la conducta suicida (Tabla XXII), ya que en más de la mitad de los casos (51.8%) no había una actitud definida, entremezclándose múltiples vivencias y sentimientos hacia el adolescente.

En un 31.5% de los casos se observaron evidentes mecanismos de sobreprotección hacia el joven, mientras que en un 11.1% los padres expresaron un manifiesto enfado hacia su hijo.

Durante el periodo de seguimiento se les preguntó a los adolescentes acerca de un posible cambio en las relaciones familiares que ellos consideraran directamente relacionado con su conducta suicida (Tabla XXIII).

Aún cuando en la mayoría de los casos (72.2%) negaban esa modificación en la dinámica familiar, un 27.8% de los adolescentes sí reconocían cambios en dicha dinámica en relación con la tentativa suicida.

**VI.1.2.14. Antecedentes suicidas en la familia y el entorno del adolescente:**

En la Tabla XXIV se resume la presencia de conductas suicidas en la familia, mediante la información aportada por los adolescentes y sus padres. En el 26% de los casos había constancia de suicidio o tentativas de suicidio en la familia del joven.

También se estudió la presencia de comportamiento suicida en el entorno inmediato, con probable influencia en su conducta suicida (Tabla XXV).

De hecho, algunos adolescentes reconocían que determinados actos suicidas de su entorno podían haber influido en su decisión autolítica, señalando fundamentalmente la influencia de las conductas suicidas en compañeros (14.8%), en programas de Televisión (5.5), o ambos conjuntamente (3.7%).

**VI.1.2.15. Hospitalización y tratamiento psiquiátrico:**

Se ha analizado la necesidad de hospitalización del adolescente tras la conducta suicida (Tabla XXVI), sin que se hayan incluido los periodos breves de observación en el área de Urgencias o Unidades de Cuidados Intensivos.

En la mayoría de los casos (66.7%) fue necesaria la hospitalización del adolescente, fundamentalmente en los Servicios de Pediatría (38.9%) o de Psiquiatría (24.1%), mientras que el 33.3% de los casos no precisaron ingreso hospitalario.

Los datos referentes al tratamiento psiquiátrico seguido por el adolescente tras la tentativa suicida se recogen en la Tabla XXVII.

En todos los casos el tratamiento fue realizado por los profesionales, psiquiatras y psicólogos, del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Universitario San Carlos.

En 19 casos únicamente se realizó un seguimiento ambulatorio que incluía entrevistas de evaluación y apoyo, sin llegar a precisar tratamiento psicofarmacológico o intervención psicoterapéutica específica.

Un 20.4% de los adolescentes recibieron tratamiento psicofarmacológico, otro 16.6% psicoterapia individual, mientras que en el 25.9% de los casos se combinaron ambos métodos terapéuticos.

#### **VI.1.2.16. Diagnóstico psiquiátrico y factores asociados:**

Los diagnósticos psiquiátricos fueron realizados por los profesionales reponsables de cada caso, siguiendo los criterios diagnósticos para los Trastornos Mentales y del Comportamiento del Capítulo V (F) de la << Décima Revisión de la Clasificación Internacional de la Enfermedades. CIE-10 >> de la Organización Mundial de la Salud (1992). Los distintos trastornos fueron agrupados en seis categorías diagnósticas (Tabla XXVIII).

Las dos categorías que reunían más casos fueron: episodio depresivo (18.5%) y trastorno de adaptación (18.5%), mientras que únicamente en tres casos (5.6%) se realizó un diagnóstico de trastorno psicótico (esquizofrenia o trastorno de ideas delirantes). En 19 adolescentes no se llegó a determinar un trastorno psiquiátrico evidente en el periodo actual.

En el capítulo XXI de la <<Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. CIE-10>> aparecen una

serie de circunstancias asociadas en ocasiones a los trastornos mentales recogidos en el capítulo V y que son agrupados bajo el epígrafe "Factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud" (Códigos Z00-Z99).

En este sentido, más de la mitad de la muestra presentaba alguno de los problemas enumerados en dicho capítulo (**Tabla XXIX**), siendo los más frecuentes los problemas relacionados con los padres (37.0%), con el medio escolar (5.6%) y con la pareja (5.6%).



**VI.2. ESTUDIO DE LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS ADOLESCENTES CON TENTATIVA DE SUICIDIO Y EL GRUPO CONTROL (MUESTRAS INDEPENDIENTES).**

Se han analizado estadísticamente las diferencias entre los 54 adolescentes que constituían la muestra de tentativas suicidas y los 108 escolares que conformaban el grupo control. Como ya hemos señalado con anterioridad, por cada caso de la muestra se eligieron aleatoriamente dos controles de la misma edad y sexo. En esta primera etapa del análisis estadístico se consideraron como grupos independientes.

**VI.2.1. Rendimiento escolar:**

El rendimiento escolar fue significativamente peor en los adolescentes con tentativa suicida que en el grupo control (Tabla XXX).

En casi la mitad de los adolescentes con T.S. (48.1%) dicho rendimiento era considerado como "malo"; es decir, que precisaron repetir algún curso académico, mientras que en el grupo de escolares ese porcentaje era notablemente menor (23.1%).

Un rendimiento escolar "excelente" se observó en solamente un 7.4% de la muestra, mientras que en los adolescentes normales el porcentaje fue mayor (17.6%).

#### **VI.2.2. Antecedentes de patología somática y psiquiátrica:**

Respecto a la presencia de patología somática, definida como enfermedad aguda o crónica que produjera una cierta incapacidad al joven (Tabla XXXI), aunque un 14.8% de los adolescentes con T.S. presentaban dicha patología, frente a un 5.6% del grupo control, esta diferencia no resultó estadísticamente significativa.

En la Tabla XXXII se recogen los antecedentes de trastornos psiquiátricos que precisaron tratamiento. La diferencia entre ambos grupos resultó significativa, ya que mientras en la muestra objeto de estudio el 42.6% de los adolescentes tenían antecedentes de tratamiento psicológico o psiquiátrico, ese porcentaje era únicamente del 10.2% en el grupo control.

#### **VI.2.3. Pérdidas parentales:**

En el estudio de las pérdidas -por muerte, separación o

abandono- de personas significativas en el grupo familiar nuclear, se comprobó que los adolescentes con tentativa suicida habían sufrido un mayor número de pérdidas que los controles (Tabla XXXIII).

Un 18.5% de los adolescentes con T.S. habían perdido al padre, un 7.4% a la madre, e incluso, otro 7.4% a ambos progenitores. Por el contrario, en el grupo control solamente un 2.8% de los escolares habían sufrido alguna pérdida en la familia nuclear.

Las causas de pérdida parental en los adolescentes de la muestra (Tabla XXXIV) fueron el divorcio, separación o abandono de los padres (24.1%) y el fallecimiento (11.1%).

La edad a la que sucedió la pérdida se recoge en la Tabla XXXV. Únicamente en el 10.5% de los casos la pérdida sucedió antes de los 5 años, mientras que en el 79.0% de los adolescentes ocurrió en el intervalo de edad entre los 6 y 15 años.

#### VI.2.4. Datos familiares:

En la Tabla XXXVI resumimos algunos datos de la estructura familiar. No se han observado diferencias estadísticamente

significativas en cuanto al número de miembros de la familia (4.33 Vs. 4.66), número de hermanos del adolescente (2.15 Vs. 1.83) ni lugar que ocupa el joven (2.00 Vs. 2.04). El 40.7% de los adolescentes de la muestra eran primogénitos, frente al 38.0% del grupo control.

El nivel económico familiar se puede ver en la **Tabla XXXVII**. No se observaron diferencias significativas entre los dos grupos, ya que un 88.9% de los adolescentes de la muestra y un 86.1% del grupo control, pertenecían a una familia de nivel económico "medio" o "medio-bajo".

Respecto a la convivencia familiar (**Tabla XXXVIII**), mientras que en el grupo de adolescentes con T.S. el 63.0% vive con ambos padres, este porcentaje se eleva al 93.5% en el grupo control, resultando dicha diferencia de gran significación estadística.

Las relaciones familiares (**Tabla XXXIX**) se clasificaron atendiendo a la "Escala para la evaluación del estrés psicosocial crónico en niños y adolescentes" del <<Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-III-R>>.

Las diferencias resultaron significativas, ya que las relaciones eran consideradas dentro de las categorías "buenas" o "algunas discusiones" por un 75.0% de los adolescentes del

grupo control, frente a un 50.0% de los adolescentes con tentativa suicida. Asimismo, un 27.8% de los adolescentes con T.S. consideraban las relaciones familiares como "desaparecidas" frente al 4.6% de los controles.

La patología psiquiátrica de los miembros de la familia nuclear también presentaba diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos (Tabla XL).

El 35.2% de las madres, el 29.6% de los padres y el 18.5% de los hermanos de los adolescentes con tentativa autolítica habían sido diagnosticados de algún trastorno mental. Estos porcentajes eran notablemente menores en el grupo control: madres (7.4%), padres (4.6%) y hermanos (6.5%).

En conjunto, un 63.0% de los adolescentes con T.S. y un 14.8% de los controles tenían algún miembro de la familia nuclear con patología psiquiátrica.

#### VI.2.5. Acontecimientos vitales:

En la Tabla XLI aparecen resumidos los datos referentes a los acontecimientos vitales ocurridos al adolescente durante los doce últimos meses.

En los tres parámetros estudiados -número, puntuación media y valor medio de los acontecimientos- las diferencias entre ambos grupos resultaron significativas.

Los adolescentes con tentativa de suicidio referían una media de 4.76 (DE = 1.73) acontecimientos, frente a los 2.59 (DE = 1.82) del grupo control.

La Puntuación media (suma total de las puntuaciones de los acontecimientos presentes dividida entre 47) fue de 6.02 (DE=2.09) en la muestra, notablemente más alta que el 2.87 (DE = 2.08) registrado en los controles.

Por último, el Valor medio (suma de las puntuaciones de los acontecimientos presentes entre el número de los mismos) fue de 60.12 (DE = 6.75) en los adolescentes con tentativa suicida y de 45.80 (DE = 16.96) en los escolares.

#### **VI.2.6. Cuestionario de Adaptación para adolescentes:**

Las puntuaciones obtenidas mediante el "Cuestionario de adaptación para adolescentes de H.M. Bell" se resumen en la Tabla XLII.

La adaptación familiar ha sido "mala" o "no satisfactoria" en el 87.0% de los adolescentes con tentativa de suicidio, mientras que ninguno de ellos presentó una adaptación "excelente" o "buena". Sin embargo, la mayoría de los escolares del grupo control (52.8%) presentaban una adaptación familiar "excelente", "buena" o "normal", resultando la diferencia significativa.

Las diferencias en las puntuaciones de la adaptación a la salud también fueron estadísticamente significativas. La adaptación fue "excelente", "buena" o "normal" en el 31.5% de los adolescentes de la muestra y en el 57.5% del grupo control.

Por el contrario, aunque la adaptación social fue "mala" o "no satisfactoria" en el 50.0% de los adolescentes con T.S. frente al 27.8% de los controles, la diferencia en conjunto no alcanzó significación estadística.

La adaptación emocional fue "excelente", "buena" o "normal" en un 48.2% de los adolescentes con tentativa de suicidio, frente a un 66.7% de los escolares del grupo control, siendo la diferencia significativa.

Finalmente, el estado general de adaptación medido a través de la puntuación total, fue significativamente peor en la muestra de tentativas de suicidio, ya que un 70.4% de estos adolescentes

tenían una adaptación "mala" o "no satisfactoria", mientras que solamente un 39.8% de los escolares del grupo control pertenecían a una de esas dos categorías.

#### VI.2.7. Inventarios de depresión:

En la Tabla XLIII se resumen los resultados obtenidos por los adolescentes en los dos inventarios utilizados para la medida de la depresión.

El "Cuestionario Español de Depresión Infantil" (C.E.D.I.) fue aplicado a los adolescentes de 13 a 16 años. Los jóvenes de la muestra presentaron una puntuación media de 17.15 (DE = 9.48), mientras que en los pertenecientes al grupo control la puntuación fue de 10.09 (DE = 7.10), resultando estadísticamente significativa dicha diferencia.

A los adolescentes de 17 y 18 años se les autoadministró la forma breve del "Inventario de Depresión de Beck". Las diferencias en las puntuaciones obtenidas también resultaron significativas, de forma que la media en la muestra de tentativas de suicidio fue de 13.25 (DE = 9.83) y en el grupo de escolares fue de 4.75 (DE = 3.48).



VI.2.8. Consumo de tóxicos:

Los resultados referentes al consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, heroína y otras sustancias tóxicas aparecen resumidos en la **Tabla XLIV**.

Respecto al tabaco, solamente un 13.0% de los adolescentes con tentativa de suicidio manifestaban no utilizarlo nunca, frente a un 33.3% de los escolares normales. Además, la mitad de los adolescentes de la muestra (51.8%) reconocían consumir tabaco de forma habitual, mientras que este porcentaje era del 17.6% en el grupo control. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas.

La diferencia en la ingesta de bebidas alcohólicas no llegó a ser significativa a nivel estadístico, aunque en conjunto parecía existir un consumo ligeramente superior entre los adolescentes con tentativa suicida. Así, mientras que solamente el 9.3% de los adolescentes con T.S. negaba consumo de cantidad alguna de alcohol, este porcentaje se elevaba al 31.5% entre los controles.

Resultados similares se obtuvieron en lo referente al consumo de cannabis, pues un 26.0% de los adolescentes de la muestra y un 15.7% del grupo de escolares lo habían consumido en

alguna ocasión, sin llegar a tener significación estadística dicha diferencia.

Aún cuando únicamente tres jóvenes de la muestra (5.6%) reconocían haber consumido cocaína en algunas ocasiones, la diferencia fue significativa con el grupo control, pues entre estos adolescentes ninguno admitía haber consumido dicha sustancia.

Respecto a la heroína, no había ningún adolescente en la muestra ni en el grupo control que reconociera su consumo.

Solamente dos adolescentes con tentativa suicida (3.8%) referían consumo de otras sustancias tóxicas, resultando la diferencia significativa ya que en el grupo control ningún adolescente las había consumido.

#### **VI.2.9. Concepto de muerte:**

Respecto al concepto de muerte del adolescente, valorado a través de los items del cuestionario de C.R. Pfeffer, hemos obtenido los resultados que aparecen resumidos en las Tablas XLV, XLVI y XLVII.

Ante la pregunta "*¿Has pensado alguna vez en la muerte?*" encontramos una diferencia estadísticamente significativa entre la muestra y el grupo control, pues mientras que la mitad de los adolescentes con tentativa suicida reconocen pensar "*A menudo*" en la muerte, sólo un 20.4% de los escolares dieron esa misma respuesta.

Las diferencias no han sido estadísticamente significativas entre ambos grupos en la respuesta a las preguntas "*¿Has pensado alguna vez en la muerte de personas de tu familia?*" y "*¿Has soñado alguna vez con gente muriendo?*". Sin embargo, en el caso de esta segunda cuestión destaca que frente al 27.8% de los adolescentes de la muestra que responden "*A menudo*", solamente lo hacen en ese sentido el 3.7% de los controles.

Los adolescentes con tentativa de suicidio sueñan más frecuentemente con su propia muerte, así a la pregunta "*¿Sueñas alguna vez con que mueres?*" un 53.7% de los jóvenes de la muestra contestan "*A veces* " o "*A menudo*", mientras que sólo el 37.9% de los controles contestan en este mismo sentido.

Los items números 5 y 6 de la escala: "*¿Sueñas con la muerte de tus familiares?*" y "*¿Has pensado alguna vez en la muerte de algún ser muy querido?*" no presentan diferencias significativas entre los dos grupos de adolescentes.

Las cuestiones "*¿Has visto alguna vez un muerto?*", "*¿Has estado alguna vez velando un muerto?*" y "*¿Has estado alguna vez en un funeral?*" valoran la experiencia real del adolescente con la muerte, no observándose diferencias significativas. Así, el 37.0% de los adolescentes con tentativa suicida y el 42.6% de los controles reconocían haber visto alguna vez un muerto, el 29.6% y el 21.3% respectivamente afirmaban haber estado velándolo, mientras que algo más de la mitad de los adolescentes de ambos grupos (55.6% Vs. 53.7%) reconocían haber asistido a algún funeral.

Tampoco han resultado estadísticamente significativas las diferencias entre ambos grupos respecto a la creencia de que hombres y animales resuciten. Un 46.3% de los jóvenes suicidas y un 53.7% de los escolares contestan afirmativamente a la pregunta "*¿Crees que la gente resucita después de morir?*", mientras que esos porcentajes de respuesta afirmativa son del 29.6% y 22.2% respectivamente ante la interrogante "*¿Crees que los animales resucitan?*". Ante la cuestión "*¿Crees que las personas van a un lugar mejor después de morir?*" el 55.6% de los adolescentes con tentativa suicida contestan que "Sí", frente al 70.4% de los controles, aunque la diferencia no llega a tener significación estadística.

Sin embargo, un mayor porcentaje de adolescentes suicidas (11.1%) que de escolares no suicidas (0.9%) contesta afirmativamente a la pregunta "*¿Crees que las personas van a un lugar horrible después de morir?*", resultando significativa la diferencia.

En la dimensión agradable-desagradable, difiere el concepto que sobre la muerte tienen los dos grupos de jóvenes de una manera muy significativa. Así, mientras que el 42.6% de los adolescentes con tentativa de suicidio consideran la muerte como "algo" o "muy agradable", este porcentaje es únicamente del 1.9% en los escolares sin conducta suicida.

Finalmente, respecto al grado de temporalidad de la muerte, las respuestas se han distribuido de forma similar en ambos grupos. Por ejemplo, un 37.0% de los suicidas frente a un 36.1% de los controles consideran la muerte como "algo" o "muy temporal".

#### **VI.2.10. Cuestionario de personalidad:**

En la Tabla XLVIII resumimos los resultados obtenidos mediante el "Cuestionario de personalidad para adolescentes de Cattell" (HSPQ). En cada factor existen dos polos, que aluden a variables psicológicas aisladas factorialmente, y cuya descripción realizamos a continuación:

PUNTUACIONES BAJAS	ESCALA	PUNTUACIONES ALTAS
Reservado, frío	A	Abierto, sociable
Inteligencia baja	B	Inteligencia alta
Poco estable, turbable	C	Estable, tranquilo
Calmoso, cauto	D	Excitable, impaciente
Sumiso, obediente	E	Dominante, agresivo
Sobrio, prudente	F	Entusiasta, incauto
Despreocupado	G	Consciente, sensato
Cohibido, tímido	H	Emprendedor
Sensibilidad dura	I	Sensibilidad blanda
Seguro, vigoroso	J	Dubitativo, irresoluto
Sereno, apacible	O	Aprensivo, inseguro
Sociable	Q <sub>2</sub>	Autosuficiente
Poco integrado	Q <sub>3</sub>	Muy integrado
Relajado, sosegado	Q <sub>4</sub>	Tenso, inquieto

En el Factor A el grupo de adolescentes con tentativa de suicidio ha tenido puntuación media de 4.26, significativamente más baja que la obtenida por el grupo control (5.27), aunque en ambos casos han sido próximas al valor 5. Recordar que las puntuaciones más bajas en esta dimensión corresponden a adolescentes reservados, mientras que puntuaciones más altas definen a adolescentes abiertos y participativos.

Los propios autores del HSPQ consideran al Factor B como una medida muy simple de los aspectos intelectuales, correspondiendo

las puntuaciones bajas a adolescentes de menor inteligencia o comprensión más lenta, mientras que las puntuaciones más elevadas corresponden a jóvenes más inteligentes. Como en la dimensión anterior, las puntuaciones fueron significativamente más altas en el grupo de escolares control (5.06 Vs. 4.02).

También en el Factor C (estabilidad emocional) las puntuaciones fueron significativamente más altas en los adolescentes del grupo control (4.88 Vs. 3.65), lo que indicaría que los adolescentes con tentativa de suicidio serían emocionalmente poco estables o más afectados por los sentimientos.

La puntuación del Factor D (dimensión calmoso-excitable) ha sido superior en el grupo de los adolescentes con tentativa suicida (5.96) que en el grupo control (5.61), aunque sin resultar estadísticamente significativa la diferencia.

Tampoco se observaron diferencias significativas entre las puntuaciones de los adolescentes suicidas y escolares controles en los Factores E (6.18 Vs. 6.10) y F (5.91 Vs. 5.98) que corresponden a las dimensiones sumiso-dominante y sobrio-entusiasta respectivamente.

Las puntuaciones medias del Factor G (despreocupado-sensato) estuvieron por debajo de 5 en ambos grupos, sin embargo, fueron

significativamente más bajas en el grupo de adolescentes con tentativa de suicidio (3.54 Vs. 4.75).

También resultó significativa la diferencia observada en el Factor H ( dimensión cohibido-emprendedor), ya que los adolescentes con conducta suicida obtuvieron valores más bajos (4.78) que los escolares normales (5.61).

Las diferencias en las puntuaciones de la dimensión sensibilidad (Factor I) no resultaron estadísticamente significativas entre ambos grupos (5.52 Vs. 5.83).

Ambos grupos puntuaron por encima de cinco en el Factor J, cuyos polos son el adolescente seguro y el dubitativo, sin embargo, los valores fueron significativamente más elevados en el grupo de adolescentes con tentativa suicida (6.87 Vs. 6.14).

El Factor O (seguro de sí mismo-inseguro), no arrojó diferencias significativas entre los dos grupos estudiados, aún cuando las puntuaciones fueron superiores en los adolescentes suicidas (6.41) que en los controles (5.83).

Las puntuaciones del Factor Q<sub>2</sub> fueron significativamente más altas en los adolescentes con tentativa suicida (6.55) que en los escolares no suicidas (5.70). En esta dimensión las puntuaciones



elevadas corresponden a adolescentes autosuficientes, mientras que los valores más bajos definen a jóvenes sociables y de fácil unión a grupos.

El Factor  $Q_3$  corresponde al grado de integración. Las diferencias en las puntuaciones obtenidas por ambos grupos han sido significativas, de forma que los adolescentes suicidas han resultado menos integrados (4.20) que los escolares controles (5.16).

Las diferencias entre ambos grupos en las puntuaciones del Factor  $Q_4$  (dimensión relajado-tenso)) no resultaron estadísticamente significativas (5.48 Vs. 5.12).

Por último, presentamos las descripciones de los factores de segundo orden y los resultados obtenidos:

PUNTUACIONES BAJAS	FACTOR	PUNTUACIONES ALTAS
Ansiedad baja	$Q_I$	Ansiedad alta
Introversión	$Q_{II}$	Extraversión
Calma	$Q_{III}$	Excitabilidad
Dependencia	$Q_{IV}$	Independencia

En la interpretación de los resultados obtenidos para los factores de segundo orden, debemos tener en cuenta que su validez y fiabilidad es mayor que la de los factores de primer orden, y que habitualmente los evaluadores comienzan analizando estos factores.

Las puntuaciones del Factor  $Q_1$  (ansiedad baja - ansiedad alta) fueron significativamente más altas en los adolescentes de la muestra (7.30) que en el grupo control (6.13).

También resultó significativa la diferencia observada en el Factor  $Q_{II}$  (introversión - extraversión), ya que los adolescentes con conducta suicida obtuvieron valores más bajos (4.52) que los escolares normales (5.36).

Sin embargo, no se observaron diferencias significativas entre las puntuaciones de los adolescentes suicidas y controles en los Factores  $Q_{III}$  (4.90 Vs. 5.13) y  $Q_{IV}$  (6.15 Vs. 5.98) que corresponden a las dimensiones "calma-excitabilidad" y "dependencia-independencia" respectivamente.

### VI.3. ESTUDIO DE LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS ADOLESCENTES CON TENTATIVA DE SUICIDIO Y GRUPOS DE CONTROL APAREADOS.

En una segunda etapa del análisis estadístico, destinada a replicar los resultados obtenidos para las variables más importantes en el apartado anterior, se procedió a estudiar las diferencias entre los adolescentes con tentativa de suicidio y dos grupos de control apareados obtenidos entre los 108 escolares sin comportamiento suicida.

El grupo de control A estaba formado por los adolescentes que habían dado una respuesta negativa a la pregunta *¿Alguna vez has estado tan desesperado como para desear estar muerto?*, mientras que el grupo de control B lo formaban aquellos que respondieron afirmativamente a esta cuestión. Esta respuesta afirmativa se puede considerar como indicativa de una ideación inespecífica de muerte, observándose en el 45.4% de los adolescentes del grupo control.

Los grupos de control fueron apareados según edad y sexo con la muestra de adolescentes suicidas, quedando finalmente constituidos por 45 casos cada uno.

Para valorar la asociación de variables continuas se ha utilizado la prueba t Student para datos apareados, mientras que

para las variables cualitativas se han empleado "odds ratio". Para el cálculo de estos "odds ratio" ha sido necesario dicotomizar las variables cualitativas atendiendo a los criterios siguientes:

VARIABLE	OPCIÓN A	OPCIÓN B
Rendimiento escolar	Muy bueno o bueno	Regular o malo
Patología psiq. familiar	No	Sí
Consumo de tóxicos	No	Prueba, ocasional o continuado
Pérdidas parentales	No	Sí
Cuestionario de adaptación Bell	Excelente, buena o normal	No satisfactoria o mala
Relaciones familiares	Buenas o con discusiones	Desavenencias, conflictiva grave o desaparecidas
Enfermedad somática	No	Sí
Convivencia familiar	Ambos padres	Resto de posibilidades
Antecedentes psiquiátricos	No	Sí
Muerte 1 a 6	Nunca o a veces	A menudo
Muerte 7 a 13	No	Sí
Muerte 14	Muy desagradable, desagradable o término medio	Algo agradable o muy agradable
Muerte 15	Definitiva, casi definitiva o término medio	Algo temporal o muy temporal

Los datos de este apartado han sido expuestos de forma resumida para evitar una posible reiteración de los resultados, ya que en el apartado VI.2 aparecen los mismos en su totalidad. Siguiendo este mismo criterio, solamente hemos incluido el valor de aquellos "odds ratio" que resultaron estadísticamente significativos, es decir, cuyo intervalo de confianza no incluía el 1.

#### VI.3.1. Antecedentes personales:

Hemos incluido bajo este epígrafe el rendimiento escolar, los antecedentes de trastornos somáticos y mentales, y las pérdidas parentales (Tabla XLIX).

Las diferencias entre la muestra y los dos grupos de control apareados, no resultaron significativas ni para el rendimiento escolar ni para la presencia de patología somática.

Sin embargo, al igual que había sucedido en el apartado VI.2, las diferencias en la comparación con los dos grupos de control apareados, resultaron significativas para los antecedentes de trastornos psiquiátricos que precisaron tratamiento y para las pérdidas de personas significativas del grupo familiar.

VI.3.2. Aspectos familiares:

El estudio de las relaciones familiares y del tipo de convivencia se resume en la Tabla L.

Respecto a las relaciones familiares, las diferencias resultaron significativas entre la muestra de adolescentes con tentativa de suicidio y el grupo control A; pero no así con el grupo de escolares que admitían haber tenido ideación de muerte en alguna ocasión (control B).

Se confirmaron las diferencias en el tipo de convivencia familiar cuando se comparó la muestra con cada uno de los grupos de control apareados.

En la Tabla LI podemos comprobar cómo la diferencia en la patología psiquiátrica familiar resultó significativa entre los adolescentes de la muestra y los del grupo control A. Sin embargo, al comparar los adolescentes con tentativa suicida con los escolares del grupo control B, las diferencias fueron significativas en lo referente a la patología del padre y de la madre, pero no así la de los hermanos.

### **VI.3.3. Acontecimientos vitales:**

Como se puede comprobar en la Tabla LII, las diferencias en la Puntuación media (suma total de las puntuaciones de los acontecimientos vitales presentes dividida entre 47) y el Valor medio (suma de las puntuaciones de los acontecimientos presentes entre el número de los mismos) resultaron estadísticamente significativas, tanto cuando se comparaba la muestra de adolescentes suicidas con el grupo control A, como cuando se comparaba con el grupo control B.

### **VI.3.4. Cuestionario de adaptación:**

La comparación del nivel de adaptación obtenido mediante el "Cuestionario de adaptación para adolescentes" de H.M. Bell se resume en la Tabla LIII.

En las cinco escalas estudiadas (adaptación familiar, salud, social, emocional y total) el nivel de adaptación era peor entre los adolescentes de la muestra que entre los del grupo control A.

Sin embargo, cuando se confrontaron los niveles de adaptación de la muestra y del grupo control B, solamente la adaptación familiar resultó significativamente más pobre.

**VI.3.5. Inventarios de depresión:**

En la Tabla LIV se resumen los resultados obtenidos por los adolescentes en los dos inventarios utilizados para la medida de la depresión.

A los adolescentes menores de 16 años les fue aplicado el C.E.D.I., siendo la puntuación media de los jóvenes de la muestra de 17.13 (DE = 9.64), significativamente superior a la del grupo control A que fue de 6.00 (DE = 4.50). La puntuación media del grupo control B fue de 14.25 (DE = 6.55), que aún siendo inferior a la de la muestra, no llegó a alcanzar significación estadística.

A los adolescentes de 17 y 18 años se les autoadministró el "Inventario de depresión de Beck" en su versión de 13 items. La diferencia también resultó significativa entre la muestra y el grupo control A, con puntuaciones de 12.46 (DE = 10.64) y 3.85 (DE = 2.79) respectivamente. Sin embargo, la diferencia con el grupo control B no resultó significativa, a pesar de que su puntuación media fue de 6.08 (DE = 3.86), notablemente inferior a la muestra.



#### VI.3.6. Consumo de tóxicos:

En la Tabla LV se puede comprobar cómo el consumo de tabaco, alcohol y cannabis fue significativamente mayor en los adolescentes con tentativa suicida que en los escolares del grupo control A (sin ideación de muerte).

Sin embargo, las diferencias entre los adolescentes de la muestra y los del grupo control B solamente alcanzaron significación estadística para el consumo de alcohol.

No ha sido posible incluir en el análisis el consumo de heroína, cocaína y otras drogas, pues cuando aparece un valor 0 en alguna de las variables, no es posible calcular su "odds ratio".

#### VI.3.7. Concepto de muerte:

En este epígrafe se observó el mayor contraste entre los datos obtenidos mediante el análisis como grupos independientes o como grupos apareados (Tabla LVI), debido probablemente a la dificultad para convertir en dicotómicas las respuestas a los seis primeros ítems de la "Escala sobre concepto de muerte".

Existieron diferencias significativas entre las respuestas emitidas por los adolescentes con tentativas de suicidio y los escolares del grupo control A, en los tres items siguientes:

- *¿Has pensado alguna vez en la muerte?*.
- *¿Has soñado alguna vez con gente muriendo?*.
- *¿Sueñas con la muerte de tus familiares?*.

Es preciso advertir que en el item 14 -"*consideras la muerte agradable o desagradable*"- no fue posible calcular el correspondiente "odds ratio" debido a la aparición de un valor 0. Sin embargo, los resultados porcentuales resultan muy clarificadores: frente a un 40% de los adolescentes de la muestra que consideraban la muerte agradable en alguna medida, ninguno de los escolares del grupo control A fue incluido en esa categoría.

En los 11 items restantes las diferencias entre la muestra y el grupo control A no resultaron estadísticamente significativas.

Cuando se compararon los adolescentes de la muestra con los del grupo control B (escolares que reconocían ideación de muerte) las diferencias alcanzaron significación estadística para los items:

- *¿Has soñado alguna vez con gente muriendo?.*
- *Consideras la muerte agradable o desagradable.*

No fue posible calcular el "odds ratio" correspondiente al ítem 13 *-¿crees que las personas van a un lugar horrible después de morir?-* ya que aparecía un valor 0.

#### **VI.3.8. Cuestionario de personalidad:**

En la Tabla LVII resumimos los resultados obtenidos mediante el "Cuestionario de personalidad para adolescentes de Cattell" (HSPQ).

El análisis de las diferencias entre los jóvenes con tentativa de suicidio y el grupo control A (escolares que negaban haber deseado en alguna ocasión estar muertos) arrojó unos resultados similares a los obtenidos en la comparación como grupos independientes.

Al igual que en esa primera etapa del análisis estadístico, resultaron estadísticamente significativas las diferencias en los siguientes factores:

HSPQ - A      (reservado - abierto)  
HSPQ - B      (inteligencia baja - inteligencia alta)  
HSPQ - C      (emocionalmente poco estable - tranquilo)  
HSPQ - G      (despreocupado - consciente, sensato)  
HSPQ - H      (cohibido, tímido - emprendedor)  
HSPQ - J      (seguro - dubitativo)  
HSPQ - Q<sub>2</sub>    (sociable - autosuficiente)  
HSPQ - Q<sub>3</sub>    (poco integrado - muy integrado)  
HSPQ - Q<sub>1</sub>    (ansiedad baja - ansiedad alta)  
HSPQ - Q<sub>11</sub>   (introversión - extraversión)

Además, las diferencias en otros dos factores que no alcanzaron significación estadística en la comparación como grupos independientes, sí resultaron significativas en la comparación como grupos apareados. Estos dos factores fueron:

HSPQ - O      (seguro de sí mismo - inseguro)  
HSPQ - Q<sub>4</sub>    (relajado - tenso).

Por último, en la comparación entre los adolescentes de la muestra y el grupo control B (escolares que reconocían haber deseado estar muertos en alguna ocasión), únicamente se observaron diferencias estadísticamente significativas en el factor HSPQ-G (despreocupado - sensato), con puntuaciones más bajas en la muestra de tentativas suicidas.

**VI.4. ESTUDIO DE LAS DIFERENCIAS ENTRE MUJERES Y HOMBRES  
ADOLESCENTES CON TENTATIVA DE SUICIDIO.**

Se han analizado estadísticamente las diferencias en las variables más importantes entre las 43 mujeres y los 11 hombres que constituían la muestra de adolescentes con tentativa suicida. Debemos advertir que el reducido número de varones de la muestra supuso una cierta limitación en la potencia de las pruebas estadísticas utilizadas.

**VI.4.1. Edad:**

En la Tabla LVIII podemos observar cómo la media de edad de los adolescentes fue significativamente mayor en los hombres con tentativa suicida ( $17.36 \pm 1.20$  años) que en las mujeres ( $15.14 \pm 1.59$  años).

**VI.4.2. Métodos suicidas empleados:**

En la Tabla LIX comprobamos que aunque la autointoxicación por fármacos ha sido el procedimiento suicida más empleado tanto por los hombres como por las mujeres, los porcentajes fueron

significativamente diferentes para cada sexo (90.8 % Vs. 36.3% respectivamente).

En conjunto, los métodos suicidas violentos fueron utilizados más frecuentemente por los varones (45.5%) que por las mujeres (7.0%).

No se observaron diferencias significativas en cuanto a los fármacos empleados por ambos grupos de adolescentes (Tabla LX), siendo las benzodiacepinas utilizadas preferentemente tanto por las mujeres (23.2%) como por los hombres (18.2%).

#### **VI.4.3. Gravedad médica:**

La gravedad médica de las tentativas autolíticas de los varones fue significativamente superior a la de las mujeres (Tabla LXI). Mientras que en los primeros un 72.8% de los casos fueron considerados como "graves" o "muy graves", en las chicas solamente un 25.6% de las tentativas recibieron esa calificación.

#### **VI.4.4. Grado de planificación de la tentativa:**

Respecto al grado de planificación de la tentativa suicida

no se constataron diferencias significativas (Tabla LXII), ya que algo más de la mitad de las conductas suicidas fueron consideradas impulsivas en ambos sexos.

**VI.4.5. Comunicación y sospecha familiar de las intenciones suicidas:**

La mayoría de los adolescentes de ambos sexos no habían verbalizado con anterioridad sus intenciones suicidas (Tabla LXIII), de forma que solamente el 27.3% de los hombres y el 41.9% de las mujeres comunicaron sus fines autolíticos a familiares o amigos, sin que esta diferencia alcanzara el nivel de significación estadística exigido.

Tampoco resultó significativa la diferencia entre ambos grupos respecto al conocimiento que tenía la familia sobre la intención suicida de los jóvenes (Tabla LXIV). Únicamente el 9.1% de los padres de los chicos y el 18.6% de los de las chicas reconocían sospechar que el adolescente pudiera realizar un acto suicida.

**VI.4.6. Desencadenantes:**

El análisis de los factores desencadenantes o precipitantes de la conducta suicida (**Tabla LXV**) demostró la existencia de una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

Las discusiones con los padres fueron los factores desencadenantes más frecuentes entre las muchachas (48.8%), mientras que entre los varones fueron más frecuentes los trastornos psicológicos (36.3%) y los conflictos de pareja (27.3%). Los problemas escolares alcanzaron aproximadamente el mismo porcentaje (18.6% Vs. 18.2%)) en los dos sexos.

**VI.4.7. Objetivo:**

No se encontraron diferencias significativas en la finalidad que los jóvenes reconocían como objetivo de la tentativa autolítica (**Tabla LXVI**).

La muerte fue señalada como objetivo de la conducta suicida por el 37.2% de las mujeres y el 45.4% de los hombres, mientras que la búsqueda de un cambio en su situación vital fue el objetivo en el 37.2% y el 27.3% respectivamente de las tentativas.



**VI.4.8. Tentativas de suicidio previas:**

En la Tabla LXVII observamos que unos porcentajes similares de chicas (69.8%) y de chicos (63.6%) negaban la existencia de alguna tentativa suicida previa.

**VI.4.9. Nota suicida:**

Tampoco resultó significativa la diferencia entre ambos sexos respecto a los porcentajes de jóvenes que dejaron escrito algún mensaje suicida (Tabla LXVIII).

Solamente el 16.3% de las mujeres y el 18.2% de los hombres reconocían haber redactado alguna nota de despedida.

**VI.4.10. Actitud postentativa del adolescente:**

No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en la actitud mantenida posteriormente por los adolescentes hacia el acto suicida (Tabla LXIX).

Dentro de las cuatro categorías en las que se agruparon las actitudes postentativa de los adolescentes, las más frecuentes,

tanto en hombres como en mujeres, fueron los mecanismos de racionalización (36.3% Vs. 23.3%) y los sentimientos de culpa (27.3% Vs. 23.3%).

#### **VI.4.11. Hospitalización y tratamiento psiquiátrico:**

Respecto al departamento de hospitalización de los adolescentes, las diferencias resultaron significativas (Tabla LXX) ya que las mujeres fueron hospitalizadas más frecuentemente en el Servicio de Pediatría (46.5%), mientras que los hombres lo fueron en el de Psiquiatría (63.6%).

En conjunto, aún cuando los varones precisaron ser hospitalizados más frecuentemente que las mujeres (81.8% Vs. 62.8%), la diferencia no llegó a alcanzar significación estadística.

En la Tabla LXXI se resumen los datos correspondientes al tratamiento psiquiátrico seguido por el adolescente tras la tentativa de suicidio.

Un elevado número de jóvenes varones (63.6%) recibieron un tratamiento combinado de psicoterapia y farmacoterapia, pero solamente un pequeño porcentaje de las mujeres (16.3%) precisaron dicha combinación terapéutica. Por el contrario, la mayoría de

las mujeres (44.2%) únicamente necesitaron un seguimiento ambulatorio como tratamiento, mientras que ninguno de los hombres fue incluido en esta categoría terapéutica. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas.

#### **VI.4.12. Diagnóstico psiquiátrico y factores asociados:**

Los diagnósticos clínicos realizados se resumen en la **Tabla LXXII**, sin que se observaran diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos.

Aunque los trastornos depresivos, de adaptación y de personalidad fueron los diagnósticos más frecuentes en los dos grupos; es destacable la diferencia, entre hombres y mujeres, en los porcentajes de sujetos que recibieron algún diagnóstico psiquiátrico (90.9% Vs. 58.1%).

Respecto a los factores que influyen en el estado de salud recogidos en el capítulo XXI del CIE-10 (**Tabla LXXIII**), se observaron diferencias importantes que, sin embargo, no llegaron a resultar significativas a nivel estadístico.

Los problemas con los padres fueron los más frecuentes entre las chicas (46.5%), mientras que los problemas educativos y de pareja lo fueron entre los varones (9.1%).

**VI.4.13. Rendimiento escolar:**

No se han constatado diferencias significativas en el rendimiento escolar entre los dos grupos de adolescentes con tentativa suicida (Tabla LXXIV).

El rendimiento fue considerado "malo" en el 46.5% de las mujeres y en el 54.5% de los varones, mientras que únicamente el 7.0% de las chicas y el 9.1% de los chicos tuvieron un rendimiento académico "muy bueno".

**VI.4.14. Antecedentes de patología psiquiátrica:**

En la Tabla LXXV se recogen los antecedentes de trastornos mentales en los jóvenes de ambos sexos. Un porcentaje ligeramente mayor de mujeres (44.2%) que de hombres (36.4%) tenían antecedentes de patología psiquiátrica previa, sin que esta diferencia llegara a resultar significativa.

**VI.4.15. Pérdidas parentales:**

Aunque la diferencia entre los dos grupos en lo referente a las pérdidas familiares no resultó estadísticamente significativa.

tiva (Tabla LXXVI), el porcentaje de las mismas fue notablemente superior en las chicas (39.5% Vs. 18.2%).

#### **VI.4.16. Acontecimientos vitales:**

En ninguno de los tres parámetros utilizados para el estudio de los acontecimientos vitales se encontraron diferencias significativas entre ambos sexos (Tabla LXXVII).

La Media de acontecimientos vitales durante los últimos doce meses fue de 4.74 (DE = 1.73) en las mujeres y de 4.82 (DE = 1.78) en los varones, mientras que la Puntuación media de los acontecimientos vitales en las mujeres fue de 6.05 (DE = 2.14) y en los hombres de 5.93 (DE = 1.96). Por último, el Valor medio de los acontecimientos vitales se situó en 60.53 (DE = 6.79) y 58.54 (DE = 6.67) puntos respectivamente.

#### **VI.4.17. Relaciones familiares:**

En las relaciones familiares no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos (Tabla LXXVIII), aunque un mayor porcentaje de mujeres que de hombres

consideraban las relaciones como "desaparecidas" (30.2% Vs. 18.2%).

**VI.4.18. Patología psiquiátrica en la familia:**

El estudio de la patología psiquiátrica de los miembros de la familia nuclear tampoco arrojó diferencias significativas entre ambos sexos (Tabla LXXIX).

El 32.6% de los padres, el 32.6% de las madres y el 20.9% de los hermanos de las adolescentes con tentativa de suicidio habían sido diagnosticados de algún trastorno mental, siendo los porcentajes para el grupo de adolescentes varones del 18.2%, 45.5% y 9.1% respectivamente.

**VI.4.19. Antecedentes suicidas en la familia y el entorno del adolescente:**

Según la información aportada por los jóvenes y su familia, las mujeres tenían más antecedentes de suicidio o tentativas de suicidio en su familia que los varones (30.2% Vs. 9.1%), aunque dicha diferencia no alcanzó la significación estadística exigida (Tabla LXXX).

Tampoco existieron diferencias significativas entre ambos sexos en lo referente a las conductas suicidas en el entorno del adolescente (Tabla LXXXI), ya que un 72.1% de las chicas y un 81.8% de los chicos negaban la influencia de estos actos suicidas en su decisión autolítica.

#### VI.4.20. Cuestionario de adaptación:

En la Tabla LXXXII se recogen los resultados correspondientes al nivel de adaptación de los adolescentes según el "Cuestionario de adaptación para adolescentes de H. M. Bell".

Únicamente se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en las puntuaciones correspondientes a la adaptación familiar, ya que ésta fue "mala" en el 65.1% de las mujeres frente al 27.3% de los hombres.

Por el contrario, las puntuaciones correspondientes a la adaptación a la salud, adaptación social, adaptación emocional y estado general de adaptación no presentaron diferencias significativas.

**VI.4.21. Inventarios de depresión:**

Las medias de las puntuaciones obtenidas por los adolescentes de ambos sexos en los cuestionarios utilizados para la cuantificación de la sintomatología depresiva se recogen en la **Tabla LXXXIII**.

Mediante el "Cuestionario Español de Depresión Infantil" (C.E.D.I.), que fue aplicado a los adolescentes de 13 a 16 años, se obtuvieron unas puntuaciones medias de 17.33 (DE=9.57) en las mujeres y de 11.00 (DE=0.0) en los varones, sin que esta diferencia alcanzara significación estadística.

El "Inventario de depresión de Beck" se administró a los jóvenes de 17 y 18 años, no apreciándose diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas por los dos grupos. La puntuación media de las chicas fue de 12.90 (DE=10.58) y la de los chicos de 13.60 (DE=9.58).

**VI.4.22. Consumo de tóxicos:**

En la **Tabla LXXXIV** aparecen los resultados correspondientes al consumo por parte de los adolescentes de diversas sustancias



tóxicas, sin que en ninguno de los patrones de consumo se observaran diferencias significativas.

Los datos referentes al consumo de tabaco fueron muy similares en ambos sexos, de forma que el 51.2% de las mujeres y el 54.5% de los hombres reconocieron consumirlo de forma habitual.

El patrón de ingesta de bebidas alcohólicas también resultó semejante en chicas y chicos, siendo predominante su consumo ocasional (53.5% Vs. 45.5%).

Respecto al cannabis, el 76.7% de las mujeres y el 63.6% de los varones negaban totalmente su consumo.

Finalmente, el consumo de cocaína, heroína y otras drogas fue excepcional tanto entre los adolescentes masculinos como femeninos.

#### **VI.4.23. Concepto de muerte:**

Los resultados obtenidos mediante el "Cuestionario sobre el concepto de muerte" de C. R. Pfeffer aparecen en las Tablas LXXXV, LXXXVI y LXXXVII, sin que en ninguno de los items se

observaran diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas ofrecidas por ambos grupos.

#### **VI.4.24. Cuestionario de personalidad:**

En la Tabla LXXXVIII se resumen las puntuaciones obtenidas mediante el "Cuestionario de personalidad para adolescentes" (HSPQ).

Se han seleccionado los cuatro factores de segundo orden por ser los más representativos, sin que existieran diferencias significativas para ninguno de ellos en las puntuaciones obtenidas por ambos sexos.

Las puntuaciones de mujeres y hombres para el Factor  $Q_1$  (ansiedad baja - ansiedad alta) fueron de 7.17 (DE = 1.50) y de 7.81 (DE = 1.44) respectivamente.

Las mujeres obtuvieron una puntuación media en el Factor  $Q_{II}$  (introversión - extraversión) de 4.54 (DE = 2.22), mientras que la obtenida por los varones fue de 4.42 (DE = 1.85).

En el Factor  $Q_{III}$  (calma - excitabilidad) la puntuación de las mujeres fue de 4.84 (DE = 1.36) y la de los hombres de 5.13 (DE = 1.50).

Finalmente, las puntuaciones de mujeres y varones para el Factor  $Q_{IV}$  (dependencia - independencia) fueron de 6.30 (DE = 1.35) y 5.60 (DE = 1.36) respectivamente.

**VI.5. ESTUDIO DE LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS ADOLESCENTES CON  
TENTATIVA DE SUICIDIO EN FUNCIÓN DE LA EDAD.**

Para estudiar el papel desempeñado por la edad, se ha dividido la muestra de adolescentes con tentativa suicida en tres grupos, delimitados por los siguientes intervalos de edad:

13 - 14 años:	20 casos
15 - 16 años:	14 casos
17 - 18 años:	20 casos.

Se procedió al análisis estadístico de algunas de las variables más importantes, exceptuando aquellas en las que la edad era determinante en la propia puntuación de las escalas, como era el caso de los Inventarios de depresión o el Cuestionario de personalidad de Cattell.

**VI.5.1. Sexo.**

Se observó una diferencia estadísticamente significativa en la distribución por sexos de los tres grupos de adolescentes con tentativa de suicidio (Tabla LXXXIX).

Mientras que en los dos primeros intervalos de edad (13-14 y 15-16 años) existía un predominio absoluto de mujeres con porcentajes del 95.0% y 100% respectivamente, en el grupo de adolescentes de 17 y 18 años existía un equilibrio entre ambos sexos (50.0% Vs. 50.0%).

#### **VI.5.2. Procedimiento suicida.**

En la Tabla XC se puede observar cómo en los tres intervalos de edad predominó la utilización de métodos no violentos, con porcentajes del 85.0%, 92.9% y 80.0 % respectivamente.

#### **VI.5.3. Gravedad médica.**

En la Tabla XCI comprobamos cómo existieron diferencias significativas en la gravedad médica de la tentativa de suicidio en función de la edad del adolescente.

El 60.0% de la tentativas suicidas en el grupo de 17-18 años fueron consideradas como "graves" o "muy graves", mientras que en el grupo de 15-16 años sólo un 7.1% de los jóvenes fueron incluidos en estas categorías.

**VI.5.4. Grado de planificación de la tentativa.**

No se obtuvieron diferencias significativas en este apartado, ya que las conductas suicidas impulsivas o repentinas fueron las más frecuentes en los tres grupos de edad estudiados (Tabla XCII).

El 70.0% de las tentativas en los adolescentes de 13-14 años y el 50.0% en los de 15-16 y 17-18 años, fueron consideradas impulsivas, es decir, sin planificación suicida previa.

**VI.5.5. Comunicación y sospecha familiar de las intenciones suicidas.**

En la Tabla XCIII se pueden observar los datos correspondientes a la existencia de comunicación o verbalización previa de las intenciones suicidas.

Aún cuando el porcentaje de adolescentes que comunicaban sus intenciones autolíticas decrecía al incrementarse la edad, las diferencias entre los grupos no llegaron a alcanzar significación estadística.

El 45.0% de los jóvenes de 13-14 años, el 42.9% de los de 15-16 años y el 30.0% de los de 17-18 años, comunicaron su intención autolítica a personas del entorno.

Tampoco resultó significativa la diferencia entre los tres grupos respecto al conocimiento que reconocía la familia acerca de la intencionalidad suicida de los adolescentes (Tabla XCIV).

Sólo un 15.0%, un 18.6% y un 10.0% de los padres, respectivamente, sospechaban que el adolescente pudiera llevar a cabo una conducta suicida.

#### **VI.5.6. Desencadenantes.**

Las diferencias observadas entre los tres grupos de edad para los factores precipitantes o desencadenantes de la conducta suicida, resultaron estadísticamente significativas, aunque de difícil interpretación debido a la complejidad de la tabla (Tabla XCV).

En los adolescentes de 13-14 años los factores desencadenantes más frecuentes fueron las discusiones con los padres (60.0%) y los problemas escolares (10.0%).

Aunque estos mismos precipitantes fueron los más frecuentes en el grupo de 15-16 años, los porcentajes fueron diferentes: conflictos escolares (42.9%) y discusiones con los padres (28.6%).

Finalmente, en los jóvenes de 17 y 18 años, los problemas de salud psíquica fueron considerados como desencadenantes en el 30.0% de los casos, seguidos por los problemas con los padres (25.0%) y los conflictos de pareja (20.0%).

#### VI.5.7. Objetivo.

En la Tabla XCVI se recogen los resultados correspondientes a la finalidad que los jóvenes reconocían como objetivo de la tentativa suicida. Aunque se observaron algunas diferencias entre los tres grupos, éstas no llegaron a alcanzar significación estadística.

La búsqueda de un cambio en su situación vital, fue el objetivo señalado por el 40.0% de los adolescentes de 13-14 años y por el 50.0% de los de 15-16 años.

Sin embargo, en el grupo de jóvenes de más edad, este objetivo era reconocido solamente en el 20.0% de los casos, siendo la muerte el objetivo más frecuente (55.0%).



**VI.5.8. Nota suicida.**

Las diferencias observadas en el porcentaje de adolescentes que redactaron alguna nota o mensaje suicida, resultaron estadísticamente significativas (Tabla XCVII).

Ninguno de los 20 adolescentes de 13 y 14 años que constituía el primer grupo escribió una nota de despedida, mientras que en los grupos de 15-16 años y 17-18 años el 35.7% y el 20.0%, respectivamente, redactaron alguna nota suicida.

**VI.5.9. Hospitalización.**

También alcanzó significación estadística la diferencia observada en el porcentaje de adolescentes que requirieron ingreso hospitalario (Tabla XCVIII).

Mientras que el 90.0% de los adolescentes más jóvenes y el 75.0% de los de más edad fueron hospitalizados, solamente el 21.4% de los pertenecientes al grupo intermedio de edad (15-16 años) llegaron a ser ingresados en algún departamento del Hospital.

VI.5.10. Diagnóstico psiquiátrico.

Respecto a los diagnósticos psiquiátricos realizados, se observaron algunas diferencias entre los adolescentes pertenecientes a los tres grupos de edad, aunque sin llegar a alcanzar significación estadística (Tabla XCIX).

El porcentaje de adolescentes en los que no se constató la existencia de un trastorno mental, fue similar en los tres grupos de edad: 45.0%, 28.6% y 30.0% respectivamente.

Los cuadros depresivos fueron más frecuentes en los dos grupos de mayor edad, con porcentajes del 28.6% y 25.0%, mientras que en los adolescentes más jóvenes (13-14 años) únicamente constituyeron el 5.0% de los casos.

Por el contrario, los trastornos de adaptación se diagnosticaron más frecuentemente entre los adolescentes más jóvenes (25.0% y 28.6% respectivamente), que entre los de 17 y 18 años (5.0%).

**VI.5.11. Pérdidas parentales.**

Las diferencias observadas en las pérdidas dentro de la familia nuclear tampoco alcanzaron significación estadística (Tabla C).

El 35.0% de los adolescentes de 13-14 años, el 21.4% de los de 15-16 años, y el 45.0% de los de 17-18 años, habían sufrido algún tipo de pérdida por muerte, separación o abandono dentro de su familia.

**VI.5.12. Acontecimientos vitales.**

Los parámetros utilizados para el estudio de los acontecimientos vitales ocurridos durante los doce meses anteriores a la tentativa suicida aparecen resumidos en la **Tabla CI**, sin que se apreciaran diferencias significativas entre los distintos intervalos de edad.

El Número de acontecimientos vitales fue similar en los tres grupos: 4.75 (DE = 1.65), 4.43 (DE = 1.79) y 5.00 (DE = 1.81) respectivamente.

En cuanto a la Puntuación media de los acontecimientos vitales, se obtuvieron los resultados siguientes: 6.15 (DE = 2.05), 5.38 (DE = 2.03) y 6.35 (DE = 2.18).

Finalmente, el Valor medio de los acontecimientos también resultó semejante para las tres edades: 61.37 (DE = 7.17), 57.92 (DE = 5.27) y 60.43 (DE = 7.16).

#### **VI.5.13. Relaciones familiares.**

No se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto a las relaciones familiares (Tabla CII).

Las relaciones fueron consideradas como "buenas" por el 15.0% de los adolescentes de 13-14 años, por el 28.6% de los de 15-16 años, y por el 20.0% de los mayores, mientras que reconocían "discusiones" en la familia el 35.0%, el 35.7% y el 20.0% respectivamente.

#### **VI.5.14. Antecedentes suicidas en la familia y el entorno del adolescente.**

En la Tabla CIII podemos ver cómo las diferencias encontra-

das en los antecedentes de conducta suicida en la familia, no alcanzaron el nivel de significación estadística establecido.

Existían antecedentes suicidas familiares en el 30.0% de los adolescentes más jóvenes, en el 35.7% de los de 15-16 años, y en el 15.0% de los mayores.

En la **Tabla CIV** se recogen los datos correspondientes a la presencia de comportamientos suicidas en el entorno del adolescente con probable influencia sobre su conducta autolítica.

Aún cuando el porcentaje de adolescentes que reconocían esa influencia decrecía al incrementarse la edad, las diferencias no llegaron a alcanzar significación estadística.

En conjunto, reconocían algún tipo de influencia del entorno el 45.0% de los adolescentes de 13-14 años, el 21.4% de los de 15-16 años, y el 10.0% de los de 17-18 años.

#### **VI.5.15. Concepto de muerte.**

Respecto al concepto de muerte del adolescente nos hemos limitado al estudio de las dos dimensiones más importantes: carácter agradable-desagradable y carácter temporal-definitivo (**Tabla CV**).

En la dimensión agradable-desagradable, las respuestas ofrecidas por los tres grupos no mostraron diferencias estadísticamente significativas.

Consideraban la muerte como "muy desagradable" el 25.0% de los adolescentes de 13-14 años, el 35.7% de los de 15-16 años y el 25.0% de los de 17-18 años, mientras que un "término medio" fue la respuesta del 30.0%, del 28.6% y del 20.0% respectivamente. Por último, consideraron la muerte como "muy agradable" el 35.0% de los jóvenes del primer grupo, el 14.3% del segundo, y el 15.0% de los adolescentes mayores.

En la segunda dimensión analizada (carácter temporal-definitivo de la muerte) sí se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

Entre los adolescentes más jóvenes predominó el concepto de muerte como "muy temporal" (40.0%) frente a "definitiva" (15.0%), mientras que por el contrario, en el grupo intermedio (15-16 años) predominó la consideración de muerte como "definitiva" (57.1%) frente a "muy temporal" (28.6%). Por último, entre los adolescentes de más edad, un 40.0% consideraban la muerte como "definitiva", mientras que ninguno la consideraba como "muy temporal".

## VI.6. FACTORES DE RIESGO Y SU VALOR PREDICTIVO.

### VI.6.1. Factores de riesgo para las tentativas suicidas:

Se procedió a calcular los *odds ratio* (razones de probabilidad) y sus correspondientes intervalos de confianza al 95% de determinadas variables, seleccionadas en función de su interés clínico y predictivo.

El *odds ratio* y el riesgo relativo son valores muy próximos y, al menos en enfermedades poco frecuentes, son equivalentes (Doreste, 1993), por lo que se utilizan habitualmente como estimadores de riesgo en los estudios de casos-contrroles.

El *odds ratio* nos indica el número de veces que la presencia de un determinado factor (variable) hace más probable la aparición de la enfermedad (en este caso la tentativa de suicidio).

Las variables cuyos *odds ratio* resultaron estadísticamente significativos (cuando su intervalo de confianza al 95% no incluía el valor 1) se recogen en la **Tabla CVI**.

Las variables dicotómicas con *odds ratio* más elevados fueron: considerar la muerte como "algo" o "muy agradable" (OR = 39.32); la existencia de pérdidas parentales (OR = 19.00); creer que tras la muerte se va a un lugar horrible (OR = 13.38); tener una Puntuación media de los acontecimientos vitales en los últimos doce meses superior a 4,5 puntos (OR = 11.04); y soñar a menudo con gente muriendo (OR = 10.00).

Otras variables que incrementaban en más de cinco veces la probabilidad de realizar una tentativa de suicidio fueron: la existencia de patología psiquiátrica en el padre (OR = 8.67); tener un Valor medio de los acontecimientos vitales mayor de 54.5 puntos (OR = 8.20); tener más de tres acontecimientos vitales significativos durante el año (OR = 8.20); no convivir con ambos padres (OR = 8.06); presentar una adaptación familiar en el cuestionario de Bell-A insatisfactoria (OR = 7.50); la presencia de patología psiquiátrica en la madre (OR = 6.79); tener antecedentes personales de patología psiquiátrica (OR = 6.54); obtener una puntuación en el Inventario de depresión de Beck mayor de 7 puntos (OR = 6.40); y soñar a menudo con la muerte de familiares (OR = 6.09).

Aunque en menor grado, también incrementaban significativamente la probabilidad de realizar una tentativa de suicidio en el adolescente, las variables siguientes: rendimiento escolar



"regular" o "malo" (OR = 2.20); patología psiquiátrica en los hermanos (OR = 3.28); relaciones familiares conflictivas (OR = 3.00); consumo de tabaco (OR = 2.88); consumo de alcohol (OR = 4.50); puntuación en CEDI mayor de 12 puntos (OR = 2.96); adaptación a la salud en el cuestionario Bell-B insatisfactoria (OR = 2.93); adaptación social en el cuestionario Bell-C insatisfactoria (OR = 2.60); adaptación emocional en el cuestionario Bell-D insatisfactoria (OR = 2.15); adaptación total en el cuestionario Bell-T insatisfactoria (OR = 3.59); y finalmente, pensar a menudo en la muerte (OR = 3.91).

#### **VI.6.2. Modelo predictivo de las tentativas suicidas en la adolescencia:**

En su desarrollo se han seguido unos pasos similares a los utilizados por Slap et al (1989). Fueron elegidas trece variables que, por su interés clínico y la significación estadística demostrada en los análisis previos, parecían las más adecuadas para realizar un análisis de regresión logística por pasos.

Dichas variables eran:

- Antecedentes de patología psiquiátrica.
- Puntuación de los inventarios de depresión.
- Concepto agradable de la muerte.

- Pérdidas parentales.
- Patología psiquiátrica en el padre.
- Patología psiquiátrica en la madre.
- Patología psiquiátrica en los hermanos.
- Convivencia.
- Relaciones familiares.
- Adaptación familiar Bell-A.
- Número de acontecimientos vitales.
- Puntuación Media de los acontecimientos vitales.
- Valor Medio de los acontecimientos vitales.

Para Fleiss et al (1986) la regresión logística es el método estadístico de elección para analizar los efectos de variables independientes sobre una variable dependiente binaria, en términos de probabilidad de estar en una u otra de sus dos categorías (tentativa de suicidio o grupo control). El procedimiento utiliza como medida de asociación de variables dicotómicas los *odds ratio* (Ramos Brieva, 1989).

La estimación de los coeficientes de regresión se obtiene aplicando el método de la máxima verosimilitud que consiste en obtener a través de un proceso iterativo la estimación de los coeficientes que minimiza una suma ponderada de los cuadrados de los errores (Riba, 1992).

En resumen, el proceso de regresión logística por pasos fuerza a las distintas variables a competir entre sí en una especie de torneo estadístico. En primer lugar selecciona el factor pronóstico individual con mayor significación y después uno por uno, añade factores complementarios para completar el modelo, pudiendo ocurrir que en la mejor combinación de factores pronósticos esté ausente el mejor factor individual (Martín Marcos, 1994). El proceso continúa hasta que ninguna de las variables que restan por entrar mejoren el ajuste del modelo (Ballesteros, 1993).

Las ocho variables que finalmente fueron incluidas en el modelo predictivo (Tablas CVII y CVIII) fueron:

- Puntuación Media de los acontecimientos vitales .
- Valor Medio de los acontecimientos vitales.
- Concepto de la muerte como "algo" o "muy agradable".
- Patología psiquiátrica en el padre.
- Adaptación familiar Bell-A "mala" o "no satisfactoria".
- Existencia de pérdidas parentales.
- Relaciones familiares conflictivas.
- Puntuación de inventarios de depresión (CEDI o Beck).

En la **Tabla CIX** se resumen los puntos de corte con su correspondiente sensibilidad (proporción de sujetos suicidas correctamente clasificados por el modelo dentro del grupo de suicidas) y especificidad (proporción de controles correctamente clasificados por el modelo dentro del grupo control).

Su cálculo se realiza a través de las siguientes fórmulas:

$$\text{Sensibilidad} = \frac{\text{Verdaderos positivos}}{\text{Total de suicidas}}$$

$$\text{Especificidad} = \frac{\text{Verdaderos negativos}}{\text{Total de controles}}$$

Utilizando un punto de corte de 0.775 el modelo predictivo alcanza una sensibilidad del 92.45% y una especificidad del 83.18%

El cálculo de la probabilidad de riesgo individual de tentativa de suicidio es complejo y se puede realizar mediante el procedimiento descrito por Fleiss et al (1986) utilizando la fórmula:

$$\text{Riesgo suicida} = \frac{\exp(\log \text{odds})}{1 + \exp(\log \text{odds})}$$

#### **VI.6.3. Representación gráfica del modelo predictivo (Curva ROC):**

La curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*) demuestra el intercambio entre la sensibilidad y la especificidad para un determinado modelo.

Se obtiene representando cada par (sensibilidad, 1-especificidad) en un diagrama cartesiano, de forma que cuando se obtiene un modelo "perfecto" (esto es, con sensibilidad y especificidad del 100%) el área bajo la curva ROC tiende a 1 (Martín Marcos, 1994).

En todo caso, cuanto mejor sea el modelo predictivo, mayor sensibilidad y especificidad tendrá, con lo que la curva estará desviada hacia arriba y la izquierda, mientras que si la prueba

solo aportara estimaciones al azar, determinaría una línea a los 45° (Martín Marcos, 1994).

En la **Figura V** observamos que con el modelo predictivo propuesto, el área delimitada bajo la curva ROC tiene un valor de 0.9655, es decir, próximo a 1.

## **VII. DISCUSIÓN**

## **VII. DISCUSIÓN**

### **VII.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADOLESCENTES CON TENTATIVA DE SUICIDIO.**

El número total de niños y adolescentes atendidos, por presentar una tentativa de suicidio, en el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Universitario San Carlos durante el periodo de estudio, fue de 60 lo que confirma la impresión, ya apuntada por Pearce y Martin (1993), de que sólo un pequeño porcentaje de los jóvenes que realizan una T.S. llegan a recibir asistencia sanitaria.



Fue posible completar la valoración de un elevado porcentaje de los mismos (90%), quedando constituida la muestra objeto de estudio por 54 adolescentes entre 13 y 18 años. Debe tenerse en cuenta la dificultad para realizar el seguimiento de las tentativas de suicidio debido a que las deserciones durante el mismo llegan a suponer los dos tercios en algunas estadísticas (Morandé y Carrera, 1985).

Hemos encontrado un claro predominio femenino (79.6%) entre los adolescentes que realizan tentativas de suicidio en nuestro medio, con una proporción de 4:1 frente a los varones.

Este porcentaje de mujeres es similar al observado en diversos países europeos: en Francia, Rivaille et al (1970) encontraron un 77% de mujeres, mientras que Zivi (1986) observó un 73%, Kotila (1989) en Finlandia un 68% y Bergstrand y Otto (1962) en Suecia un 80%. Para Lewinsohn et al (1993) esta prevalencia de mujeres sugiere que el sexo femenino es por sí solo un factor de riesgo, de forma que el impacto de los restantes factores de riesgo suicida estaría ampliado en las chicas.

Respecto a la edad, se observa un predominio de adolescentes de 14-15 años (51.9%) y de 18 años (25.9%). La media de edad en nuestro estudio (15.6 años) fue muy similar a la observada por Brown et al (1991), Razin et al (1991) y Agüero et al (1994).

La mayoría de los adolescentes eran estudiantes (75.9%), siendo su nivel educativo la Educación General Básica (48.1%), y fueron derivados al Centro desde el Servicio de Urgencias del propio Hospital Universitario San Carlos (75.9%).

En la distribución horaria de las tentativas de suicidio constatamos un acúmulo de casos en el periodo que va desde las 12 a las 24 horas (83.3%). Este predominio de las T.S. en la tarde-noche ha sido señalado por diversos autores desde hace más de tres décadas (Bergstrand y Otto, 1962; Rivaille et al, 1970; Garfinkel et al, 1982; Velilla y Serrat, 1990).

A lo largo de la semana las T.S. se distribuyeron de forma bastante uniforme, exceptuando el acúmulo de casos observado los miércoles. Estos datos contrastan con los de Cobo (1986) que señala el lunes como auténtico "*día negro*", y los de Montejo (1979) que también encontraba una preferencia por los domingos y lunes.

La distribución durante el mes fue muy irregular, con un rango de 0 a 5 casos/día. Lo mismo podemos decir de la distribución a lo largo del año. No se observó una clara estacionalidad, siendo Abril, Febrero y Septiembre los meses en los que se dieron más casos, mientras que en Marzo, Junio y Noviembre se observaron un menor número.

Estos datos, coincidentes con los de Cobo (1986), parecen descartar la existencia de una clara estacionalidad en las tentativas suicidas de los adolescentes y explicarían el hecho de que en la bibliografía internacional aparezcan datos absolutamente dispares, que van desde el predominio de las T.S. en primavera (Rivaille et al, 1970), hasta su acúmulo en invierno (Garfinkel et al, 1982) o en otoño-invierno (Otto, 1972).

Nuestros resultados tampoco apoyarían la hipótesis de Mardomingo y Catalina (1992) que relaciona el mayor número de casos encontrados entre los meses de Marzo y Julio con la tensión que provocan los exámenes finales. En este sentido, un estudio australiano (Kosky, 1983) tampoco encontró relación en la distribución de las T.S. con los exámenes o vacaciones escolares.

El procedimiento suicida utilizado en el 79.6% de los casos, ha sido la intoxicación medicamentosa, seguido por las autolesiones en los antebrazos (5.6%).

Resulta notorio que este predominio de la intoxicación por medicamentos como método suicida en las T.S. de la adolescencia sea un hecho prácticamente universal, con porcentajes muy similares en los diferentes países. Asimismo, a pesar del cambio ocurrido en los métodos de suicidio consumado, se ha mantenido constante en las últimas décadas como podemos comprobar en los siguientes datos.

---

AUTOR	% AUTOINTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA
Bergstrand y Otto (1962)	86.9%
Connell (1972)	93,3%
Davidson y Choquet (1978)	90%
Garfinkel et al (1982)	87,9%
Velilla y Serrat (1990)	71%
Razin et al (1991)	97%
Hawton y Fagg (1992)	86,5%

---

Las benzodiacepinas (40.1%) y los analgésicos (33.3%), bien solos o en asociación, fueron los fármacos más utilizados en las tentativas de suicidio, al igual que sucede en otros estudios (Garfinkel et al, 1982; Alléon et al, 1991; Hawton y Fagg, 1992).

Generalmente, los medicamentos pertenecían a los padres del joven (62.2%), mientras que solamente en un 26.7% de los casos habían sido prescritos al propio adolescente. Por el contrario, Prescott y Highley (1983) señalan que en más de un 75% de sus casos de sobredosis por psicofármacos, estos habían sido prescritos por un médico al propio paciente.

Al igual que en los resultados de Garfinkel et al (1982) y Velilla y Serrat (1990), hemos comprobado cómo el lugar elegido para realizar la T.S. fue generalmente el propio hogar (87%).

La mayoría de las tentativas no revistieron una gravedad médica importante, siendo consideradas "leves" (35.2%) o "moderadas" (29.6%). La menor letalidad y gravedad de las T.S. en la adolescencia, respecto a las del adulto, ha sido señalada en la literatura psiquiátrica (Barter et al, 1968; Kotila y Lönnqvist, 1987b; Kotila, 1989; Mardomingo y Catalina, 1992).

Se confirmó el predominio de conductas suicidas impulsivas durante la adolescencia, ya que un 57.4% de las tentativas de suicidio fueron de carácter repentino, es decir, sin una planificación suicida previa. Este porcentaje es muy similar al 56.4% de tentativas impulsivas observado por Brown et al (1991), pero notablemente inferior al 97% encontrado por Razin et al (1991).

Nos parece destacable el elevado número de adolescentes (38.9%) que habían comunicado sus intenciones suicidas a alguna persona de su entorno, aunque, a pesar de ello, solamente el 16.7% de los padres reconocía sospechar las intenciones suicidas de su hijo. En este sentido, Sathyavathi (1975) encontró que ninguno de los familiares de los 45 jóvenes suicidas por él estudiados sospechaba sus intenciones.

Las discusiones con los padres han sido los factores desencadenantes de la conducta suicida más frecuentes (38.8%), mientras que los problemas escolares fueron señalados como precipitantes en el 18.5% de los casos y los conflictos con la pareja en el 11.1%. En el 13% de los casos no se pudo determinar un factor desencadenante preciso.

Estos factores han sido señalados repetidamente, en distintos países y a lo largo de diferentes décadas, como desencadenantes de la conducta suicida en la adolescencia (Bergstrand y Otto, 1962; Barter et al, 1968; Connell, 1972; Zivi, 1986; Velilla y Serrat, 1990).

Estamos de acuerdo con Zivi (1986) en destacar el carácter banal de los motivos desencadenantes de las T.S. en la adolescencia, siendo incapaces por sí solos de explicar la conducta suicida. Para Rivaille et al (1970) la causa precipitante del gesto suicida es desproporcionada y sólo vendría a significar la gota que hace rebosar la ansiedad latente.

Un elevado porcentaje de adolescentes (38.9%) señalaba la muerte como objetivo de la T.S., mientras que otro 35.2% manifestaba buscar un cambio en su situación vital. Para Hawton et al (1982a) una tercera parte de los adolescentes con T.S. hubieran querido morir, mientras que según Kotila (1989) los

objetivos más frecuentes serían escapar o buscar una solución (33%) y la revancha o llamada de atención (24%).

Respecto a la posibilidad de rescate, en un 53.7% de los casos éste era claramente posible, observación que coincide con las de Mardomingo y Catalina (1992) y Garfinkel et al (1982) que encontraron una elevada probabilidad de rescate en la mayoría de los casos.

En cuanto a la fase del ciclo menstrual de las chicas con tentativa suicida, el 32.6% se encontraba en el periodo premenstrual, y el 23.2% en el postmenstrual. Estos resultados son ligeramente diferentes a los de Fourestié et al (1986) que encuentran que un 42% de las T.S. ocurren durante la primera semana del ciclo y otro 12% tras la cuarta semana.

Un 31.5% de los adolescentes tenían antecedentes de tentativas de suicidio previas, siendo este porcentaje superior a los encontrados por otros investigadores en nuestro país, y que oscilan entre el 10% (Velilla y Serrat, 1990) y el 20% (Mardomingo y Catalina, 1992). Sin embargo, en otros países, algunos autores encuentran porcentajes de hasta el 69% de T.S. previas (Barter et al, 1968).

Aunque estudios como los de Garfinkel et al (1982) y O'Donnell et al (1993) encuentran que únicamente entre el 5.3% y el 4% de los jóvenes con tentativa suicida habían escrito notas de despedida, en nuestra casuística un 16.7% de los adolescentes reconocían haber redactado una nota suicida.

El hecho de que ni uno solo de los adolescentes hubiera realizado una llamada al Teléfono de la Esperanza solicitando ayuda, junto a que solamente el 14.8% de ellos admitían la posibilidad de llamar en caso de haberlo conocido, nos alertan acerca del escaso valor preventivo del Teléfono de la Esperanza para adolescentes con conducta suicida.

Las actitudes predominantes de los jóvenes tras la tentativa fueron la racionalización (25.9%) y la culpa (24.1%). Estos datos son difíciles de contrastar con los de otros investigadores, ya que este aspecto es raramente analizado, y cuando se hace, las categorías no son equiparables. Así, por ejemplo, Velilla y Serrat (1990) observan crítica o arrepentimiento en el 77% de los adolescentes e indiferencia en el 22%.

Respecto a la respuesta de los padres ante la T.S. del adolescente, aunque un 31.5% de ellos reaccionaron con mecanismos de sobreprotección y otro 11.1% mostró un enfado manifiesto, en un elevado número de casos (51.8%) no se observaba una actitud claramente definida.



En contra de la opinión de Razin et al (1991) que afirman que la mayoría de las familias se movilizan alrededor del adolescente mediante cambios constructivos, en nuestro estudio un 72.2% de los jóvenes consideraban que la tentativa suicida no había producido ningún cambio en la dinámica familiar.

Nuestros resultados confirman la existencia de una importante carga suicida en la familia de los adolescentes, ya que en una cuarta parte de los casos existían antecedentes familiares de conducta suicida, aunque no nos permiten responder a la debatida cuestión herencia *versus* imitación.

Dicho porcentaje es muy superior al 5-10% observado por otros investigadores en España (Velilla y Serrat, 1990; Agüero et al, 1994), aunque algunos estudios franceses (Davidson y Choquet, 1978; Zivi, 1986) señalan que casi el 40% de los adolescentes con T.S. tienen antecedentes familiares de tentativa de suicidio o suicidio consumado.

El hecho de que el 25.9% de los adolescentes de la muestra reconocieran una cierta influencia en su decisión autolítica de suicidios ocurridos en el entorno, subraya el destacado papel desempeñado por la imitación en la conducta suicida de los jóvenes (Motto, 1967; Steede y Range, 1989).

Respecto a la necesidad de hospitalización de los adolescentes con conducta suicida, los datos publicados son dispares, y los porcentajes oscilan desde un 24% (Kotila, 1989) hasta un 61.1% (Garfinkel et al, 1982) de ingresos hospitalarios. En nuestra muestra observamos un elevado porcentaje de hospitalización (66.7%) que probablemente se relaciona con el hecho de que los profesionales del Centro hacen suya la afirmación de Meitus (1980) de que *"en caso de duda se debe hospitalizar"*.

En la mayoría de los casos (64.8%) fue preciso instaurar algún tratamiento psicofarmacológico o psicoterapéutico específico, dentro de la estrategia terapéutica que hemos descrito en el apartado III.11; mientras que en el 35.2% restante se realizó un seguimiento clínico ambulatorio que incluía entrevistas de evaluación y apoyo.

Existe en la bibliografía una gran controversia acerca de la verdadera importancia de los trastornos psicopatológicos en la conducta suicida del adolescente. Algunos autores consideran las tentativas de suicidio como el resultado de problemas menores de adaptación con la familia o con los compañeros (Jacobs, 1971), mientras que otros opinan que son el reflejo de una grave psicopatología (Hudgens, 1974).

Según nuestros resultados, en un elevado porcentaje de casos (64.8%) se llegó a realizar un diagnóstico psiquiátrico utilizando criterios CIE-10. Los diagnósticos más frecuentes fueron episodios depresivos (18.5%) y trastornos de adaptación (18.5%), seguidos de trastornos de personalidad (7.4%).

Para otros investigadores, los diagnósticos más frecuentes en adolescentes con tentativa de suicidio serían: trastornos de ansiedad (Agüero et al, 1994), trastornos afectivos (Mardomingo et al, 1994), trastornos de conducta (Trautman et al, 1991) y trastornos de adaptación (Mattsson et al, 1969), siendo difíciles los análisis comparativos debido a la distinta procedencia de las muestras y a la disparidad de criterios diagnósticos utilizados.

Sin embargo, nuestros resultados coinciden con los de Davidson y Choquet (1978), Zivi (1986) y Kotila (1989) en el pequeño porcentaje (5.6%) de adolescentes con tentativa de suicidio diagnosticados de trastorno psicótico.

Finalmente, en el 35.2% de los casos de nuestra muestra no se llegó a constatar la existencia de un trastorno mental específico durante el periodo de evaluación, siendo dicho porcentaje muy similar al encontrado por Davidson y Choquet (1978).

En definitiva, estos datos referidos a la psicopatología de los adolescentes con tentativa suicida, parecen apoyar la opinión de Brent et al (1986) de que dichas conductas están relacionadas con una gran cantidad de psicopatología, sin asociación directa a ningún síndrome particular.

Asimismo, más de la mitad de los adolescentes presentaba alguno de los factores que la O.M.S. considera que influyen sobre el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud (Capítulo XXI de la CIE-10), siendo los más frecuentes los problemas relacionados con los padres (37.0%), los relacionados con la pareja (5.6%), y los escolares (5.6%).

## VII.2. DIFERENCIAS ENTRE ADOLESCENTES CON TENTATIVA DE SUICIDIO Y ESCOLARES NO SUICIDAS.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los adolescentes suicidas de la muestra y los escolares del grupo control, analizados como muestras independientes, en la mayoría de las variables estudiadas.

El rendimiento escolar fue significativamente peor en los adolescentes con tentativa suicida. En este sentido, repetidamente se ha señalado un bajo rendimiento escolar en estos adolescentes (Del Barrio, 1985), con malas relaciones con los profesores (Brooksbank, 1985) y problemas disciplinarios (Barter et al, 1968).

Como señalan Kotila y Lönnqvist (1987b), la gran mayoría de los adolescentes con T.S. estaban físicamente sanos. Aunque estos reconocían tres veces más la presencia de enfermedades somáticas que los escolares normales, no obstante la diferencia no alcanzó significación estadística.

Diversos estudios destacan la importancia de los antecedentes psiquiátricos personales en jóvenes con T.S., así, en Francia, Alléon et al (1991) encuentran que el 21% de estos adolescentes tienen antecedentes psiquiátricos, mientras que

según Kotila y Lönnqvist (1987b), en Finlandia una tercera parte de los jóvenes suicidas habían requerido tratamiento psiquiátrico ambulatorio u hospitalario. Nuestros datos confirman esta opinión, ya que los antecedentes de trastornos psiquiátricos fueron mucho más frecuentes entre los adolescentes con tentativa de suicidio (42.6%) que entre los escolares del grupo control (10.2%).

Nuestros resultados confirman la importancia, frecuentemente señalada por la literatura psiquiátrica (Berman y Jobes, 1991), de las pérdidas familiares en la patogenia de las conductas suicidas, ya que entre los adolescentes de la muestra un 35.2% habían sufrido la pérdida de algún miembro de la familia nuclear, mientras que en los escolares del grupo control este porcentaje se reducía al 2.8%.

Según nuestros datos es más frecuente la pérdida del padre (18.5%), que de la madre (7.4%) -si bien en un 7.4% de los casos se constató la pérdida de ambos progenitores- lo que apoyaría la mayor trascendencia de la denominada "*deprivación paterna*" (Bigras et al, 1966) o "*negligencia paterna*" (Tousignant et al, 1993) frente a la pérdida materna.

Al analizar las causas de las pérdidas parentales hemos encontrado que éstas fueron más frecuentemente debidas a separación de los padres (24.1%) que a su fallecimiento (11.1%).

Ya en 1968, Barter et al llamaron la atención sobre el elevado porcentaje (31%) de divorcios o separaciones en los padres de adolescentes con conducta suicida, situación que se ha mantenido en las últimas décadas y que se ha observado en diferentes países con porcentajes entre el 10 y el 30% (Connell, 1972; Morandé y Carrera, 1985; Kotila y Lönnqvist, 1987b; Velilla y Serrat, 1990; Agüero et al, 1994). Por ello, Marttunen et al (1993) sugieren que el divorcio de los padres puede ser un factor de vulnerabilidad para la conducta suicida.

En el 79% de los casos las pérdidas familiares sucedieron entre los 6 y 15 años de edad, resultado similar al obtenido por Lester (1989) mediante un estudio biográfico de suicidas, en los que la edad media a la que sucedió la pérdida fue de 12 años. Por el contrario, para Kotila y Lönnqvist (1987b) y Razin et al (1991) en la mayoría de las ocasiones la ruptura del hogar se produciría antes de que los niños cumplieran los 6 años de edad.

No se observaron diferencias significativas ni en el nivel socioeconómico ni en la estructura familiar, considerando como tal el número de miembros de la familia, el número de hermanos del adolescente y el lugar que ocupa entre sus hermanos.

Contrariamente a lo afirmado por Haldane y Haider (1967), Toolan (1962) y Del Barrio (1985) entre otros, la tasa de

primogénitos no fue significativamente mayor en los adolescentes con conducta suicida que en los escolares normales (40.7% Vs. 38.0%).

Se constató que un elevado porcentaje de adolescentes con conducta suicida (37.0%) no vivía con ambos padres, mientras que esta situación únicamente ocurría en el 6.5% de los escolares del grupo control, siendo éste un dato constante observado en países diversos y a lo largo de las últimas décadas (Toolan, 1962; Davidson y Choquet, 1978, Kotila y Lönnqvist, 1987b; Hawton y Fagg, 1992).

Ya en la década de los sesenta, algunos estudios señalaron que la mayoría de las familias de adolescentes con tentativa suicida estaban desorganizadas (Bigras et al, 1966), siendo escaso el número de las que vivían armoniosamente (Barter et al, 1968).

Utilizando la clasificación de las relaciones familiares propuesta por el DSM-III-R para la "Evaluación del estrés psicosocial crónico de niños y adolescentes" observamos que dichas relaciones eran notablemente peores en el grupo de adolescentes con tentativa suicida, confirmando la mayor problemática existente en la unidad familiar de estos adolescentes (Velilla y Serrat, 1990; King et al, 1993a; Agüero et al, 1994).



También se confirmó, la existencia de más patología psiquiátrica en las familias de los adolescentes con tentativas suicidas. En conjunto, un 63% de ellos tenían algún miembro de la familia nuclear afecto de un trastorno mental, tratándose más frecuentemente de la madre (35.2%). Este porcentaje de trastornos psiquiátricos en la familia es muy superior al 16.7% encontrado por Agüero et al (1994), pero muy similar al observado por Razin et al (1991) en EE.UU. en adolescentes hispanas (64%).

Los tres parámetros utilizados para estudiar los acontecimientos vitales (número, valor medio y puntuación media), mostraron diferencias significativas entre los adolescentes de la muestra y el grupo control, confirmando que los adolescentes suicidas tienen durante el último año un mayor número de acontecimientos estresantes, y de mayor intensidad, que los escolares normales.

Numerosos estudios (Cohen-Sandler et al, 1982; Rubenstein et al, 1989; King et al, 1990; De Wilde et al (1992) también han encontrado un aumento de los acontecimientos vitales estresantes durante el mes, los seis meses y el año anterior a la tentativa suicida, confirmando la opinión de que las conductas suicidas en jóvenes están generalmente precedidas por dificultades psicossociales de uno u otro tipo (Harrington y Dyer, 1993).

Mediante el "Cuestionario de adaptación para adolescentes de H.M. Bell" se comprobó que los adolescentes con T.S. tenían un peor nivel de adaptación familiar, a la salud y emocional; así como un estado general de adaptación menos satisfactorio.

Velilla y Serrat (1990) obtuvieron, mediante este mismo cuestionario, unas puntuaciones de adaptación familiar similares a las de nuestro estudio. King et al (1993a) también han encontrado en estos adolescentes escasas relaciones con sus padres y un pobre nivel de comunicación con los mismos.

Algunos autores han señalado la existencia de una adaptación social mediocre y superficial en los adolescentes con T.S. (Rivaille et al, 1970), con una vida social poco intensa (Bergstrand y Otto, 1962; Del Barrio, 1985; Alléon et al, 1991). Nuestros resultados sugieren una adaptación social menos satisfactoria en los adolescentes de la muestra, aunque la diferencia no alcanzó significación estadística.

Frecuentemente se considera que la conducta suicida es una manifestación de la depresión (Lewinsohn et al, 1993). Según nuestros datos, pocas horas después de realizar la tentativa suicida, los adolescentes presentaban puntuaciones significativamente más elevadas en los inventarios de depresión CEDI y Beck, aún cuando solamente un 18.5% reunía criterios diagnósticos de trastorno depresivo.

Velilla y Serrat (1990) realizan una observación similar, ya que encuentran una elevada proporción de psicopatología afectiva, aunque el diagnóstico clínico de depresión lo establecen sólo en una tercera parte de los casos. Kienhorst et al (1990) afirman que los adolescentes con T.S. son más depresivos y desesperanzados, con menos autoestima y consideran la escala autoaplicada de depresión de Zung (SDS) como un buen predictor de tentativa suicida.

En conjunto, la muestra de adolescentes con tentativa suicida presentaba un consumo ligeramente mayor de sustancias tóxicas que el grupo control, aunque la diferencia solamente resultó significativa para las categorías "tabaco", "cocaína" y "otras drogas".

Aunque frecuentemente se afirma que el consumo de tóxicos incrementaría el riesgo de conducta suicida (Murphy, 1988; Levy y Deykin, 1989), e incluso se ha llegado a sugerir que el aumento de las tasas de suicidio juvenil se correlacionaría con el incremento en el abuso de drogas (Brent et al, 1987), según nuestros datos, el papel desempeñado por las sustancias tóxicas en las conductas suicidas de nuestros adolescentes, probablemente es menor al señalado en otras sociedades.

Así, por ejemplo, el consumo de alcohol y otros tóxicos en los adolescentes de nuestra muestra ha sido muy inferior al observado en otros países (Garfinkel et al, 1982; Kotila, 1989, Bukstein et al, 1993).

Resultan muy interesantes los resultados obtenidos mediante el "Cuestionario sobre el concepto de muerte de C. R. Pfeffer". Cuando valoramos la experiencia real del adolescente con la muerte (haber visto algún muerto, asistir a un funeral, etc.) no encontramos diferencias entre los dos grupos. Sin embargo, los adolescentes con tentativa suicida, pensaban y soñaban más a menudo con su propia muerte. En este sentido, Pfeffer (1986) considera que intensas fantasías sobre la muerte pueden ser signos tempranos de riesgo suicida.

El concepto confuso que muchas veces tiene el adolescente sobre la muerte (Blanco Picabia, 1990) se manifiesta en las sorprendentes respuestas a las preguntas *¿Crees que las personas van a un lugar mejor después de morir?* y *¿Crees que las personas van a un lugar horrible después de morir?*, ya que los jóvenes de la muestra suicida consideraban con mayor frecuencia que *las personas van a un lugar horrible después de morir*.

Los adolescentes con T.S. tenían una concepción más agradable de la muerte que los escolares no suicidas. Este

concepto más "agradable" o "atractivo" de la muerte también ha sido señalado por Pfeffer (1985) y Orbach et al (1987) en niños con conducta suicida.

Sin embargo, como también había señalado Pfeffer (1986), no se apreciaron diferencias en la concepción temporal o definitiva de la muerte.

Respecto a las dimensiones de la personalidad estudiadas mediante el H.S.P.Q., los adolescentes con tentativas de suicidio se diferenciaban de los escolares del grupo control por ser: reservados, emocionalmente inestables, despreocupados, tímidos, dubitativos, autosuficientes y poco integrados.

Resulta muy difícil comparar nuestros resultados con los de otros estudios, debido a la diferencia en los instrumentos de evaluación utilizados, no obstante realizaremos un esfuerzo por contrastarlos.

La impulsividad es uno de los elementos de la personalidad de los suicidas que más constantemente es subrayado en la literatura (Connell, 1972; Shaffer, 1974; Berman y Jobes, 1991), aunque para Zivi (1986) solamente en un 15% de adolescentes franceses con T.S. predominaba el paso al acto, la impulsividad y la intolerancia a las frustraciones como elementos dominantes de la organización de su personalidad.

En el H.S.P.Q. los Factores C y D probablemente son los más próximos a ese concepto, y en ellos los adolescentes con T.S. de la muestra aparecen como "turbables o poco estables".

Según nuestros resultados, los adolescentes suicidas serían escasamente sociables, autosuficientes, y poco integrados (Factores A, Q<sub>2</sub> y Q<sub>3</sub>). Esta observación coincidiría con la apreciación de que son sujetos que no se integran en las actividades de grupo (Del Barrio, 1985), presentan una mayor "inadecuación social" (De Wilde et al, 1993) y manifiestan una elevada tendencia a aislarse (Shaffer, 1974).

Los adolescentes con T.S. de nuestro estudio obtuvieron una puntuación más baja en el Factor B (Inteligencia baja), aunque los propios autores del Cuestionario H.S.P.Q. consideran que se trata de una medida excesivamente simple de los aspectos intelectuales del adolescente. Diversos autores coinciden en considerar que la inteligencia de los adolescentes con T.S. es normal y no juega un papel importante en la conducta suicida (Toolan, 1962; Zivi, 1986).

Utilizando los factores de segundo orden como representativos de los anteriores, los adolescentes suicidas resultaron ser significativamente más ansiosos e introvertidos que los controles.

También De Wilde et al (1993) encuentran que los adolescentes con T.S. tienen más ansiedad (rasgo y estado), mientras que, en nuestro país, con una muestra de mayor edad, Vizan et al (1994) encuentran utilizando el "Symptom Check-List 90 Revised" que en el perfil de los sujetos destacaba una elevación de la dimensión "ansiedad".

Por todo lo antedicho, podemos afirmar que existen notables diferencias, en cuanto a aspectos familiares, psicológicos, psicopatológicos y sociales, entre los adolescentes que realizan una tentativa suicida y los jóvenes escolares que no han presentado conducta suicida.

Posteriormente, se procedió a dividir el grupo control en dos subgrupos (con y sin ideación de muerte), estudiando sus diferencias con la muestra de adolescentes suicidas.

Entre los escolares del grupo control, un 45.4% había presentado anteriormente ideación de muerte. Harkavy et al (1987) encontraron, utilizando también un cuestionario anónimo, que el 52.9% de los escolares presentaba ideación suicida, mientras que según Smith y Crawford (1986) el 63% de los estudiantes piensan transitoriamente en el suicidio.

Respecto al grupo control A (sin ideación de muerte), por lo general se confirmaron las diferencias observadas en el análisis como muestras independientes en las siguientes variables: antecedentes de patología psiquiátrica, pérdidas parentales, relaciones familiares, tipo de convivencia, antecedentes de patología psiquiátrica en la familia, acontecimientos vitales estresantes, nivel de adaptación (incluida la adaptación social), consumo de tóxicos y grado de depresión.

Sin embargo, aunque se mantuvieron las diferencias en el rendimiento escolar, éstas no alcanzaron significación estadística.

En la "Escala sobre el concepto de muerte" es donde encontramos el mayor contraste con los resultados obtenidos mediante el análisis como grupos independientes, debido probablemente, a la dificultad para convertir en dicotómicas las respuestas a los seis primeros items de la escala.

Los adolescentes con T.S. pensaban más frecuentemente en la muerte, y soñaban a menudo con la muerte de sus familiares u otras personas. En este sentido, Pfeffer (1985) ha sugerido que la idea de que los familiares pueden morir puede ser un indicador temprano de una potencial conducta suicida.



Respecto al "Cuestionario de personalidad para adolescentes" (H.S.P.Q.) los jóvenes con T.S. también se diferenciaron del grupo control A en las puntuaciones de los Factores O y Q<sub>1</sub>, resultando ser más "tensos e inseguros".

Sin embargo, cuando se comparó la muestra con el grupo control B (escolares con ideación de muerte), las diferencias no resultaron significativas para muchas de las variables estudiadas: puntuaciones en los inventarios de depresión, factores de la personalidad (excepto el Factor G), nivel general de adaptación, adaptación a la salud, adaptación social, adaptación emocional, consumo de tabaco y cannabis, patología psiquiátrica en los hermanos y relaciones familiares.

Seguían siendo estadísticamente significativas las diferencias entre los adolescentes con T.S. y los escolares con ideación de muerte (Grupo control B) en las siguientes variables: acontecimientos vitales, patología psiquiátrica en los padres, consumo de alcohol, adaptación familiar, Factor G del H.S.P.Q., antecedentes psiquiátricos personales, pérdidas parentales, tipo de convivencia, concepto agradable de la muerte y "*soñar frecuentemente con gente muriendo*".

Estos resultados sugieren, aún cuando no era uno de los objetivos fundamentales de la investigación, que este grupo de

adolescentes que reconocía haber presentado ideación de muerte en alguna ocasión, se comporta en muchos aspectos como un grupo intermedio entre los escolares sin ideación de muerte y los adolescentes con tentativa suicida. Este argumento se situaría en la línea de las hipótesis que consideran la conducta suicida como un *continuum* (Brent et al, 1986; Garrison et al, 1991).

### **VII.3. DIFERENCIAS ENTRE MUJERES Y HOMBRES ADOLESCENTES CON TENTATIVA DE SUICIDIO.**

Contrariamente a lo afirmado por Garfinkel et al (1982) y Morandé y Carrera (1985), las mujeres con T.S. eran significativamente más jóvenes que los varones, con una diferencia media de aproximadamente dos años, idéntica a la observada por Black et al (1982). Esta diferencia probablemente esté relacionada, como ya apuntó Brooksbank (1985), con una maduración psicofísica más precoz de la mujer.

Las mujeres recurrieron preferentemente a la intoxicación medicamentosa como método suicida (90.8%), mientras que los varones utilizaron métodos violentos en el 45.5% de los casos. Numerosos estudios han constatado que los métodos violentos son utilizados generalmente por los varones (Otto, 1971; Zivi, 1986; Kotila y Lönnqvist, 1989)

La gravedad médica derivada de las tentativas suicidas realizadas por los varones fue significativamente superior a la de las mujeres, posiblemente en relación con su preferencia por procedimientos suicidas más seguros y peligrosos (Alonso Fernández, 1985).

No existieron diferencias significativas entre hombres y mujeres en las siguientes variables: grado de planificación de la tentativa suicida, verbalización, sospecha familiar de las intenciones suicidas, objetivo de la tentativa, tentativas de suicidio anteriores, existencia de notas de despedida, actitud posttentativa, necesidad de hospitalización, rendimiento escolar, antecedentes psiquiátricos personales, pérdidas parentales, acontecimientos vitales, relaciones familiares, patología psiquiátrica familiar, antecedentes suicidas en la familia y el entorno.

Los factores desencadenantes de la conducta suicida fueron diferentes en ambos grupos, predominando entre las mujeres las discusiones con los padres, y entre los varones los trastornos psíquicos y los conflictos de pareja.

Estos datos coinciden con los de otros estudios al destacar los conflictos con los padres como el factor precipitante más frecuente en las mujeres (Razin et al, 1991; Hawton y Fagg, 1992; Lewinsohn et al, 1993).

Respecto al diagnóstico psiquiátrico, resulta destacable que en un porcentaje significativamente mayor de hombres (90.9%) que de mujeres (58.1%) se estableció un diagnóstico concreto. Probablemente en relación con este hecho, más varones recibieron tratamientos psicoterapéuticos o psicofarmacológicos, mientras

que casi la mitad de las mujeres precisaron únicamente un seguimiento ambulatorio.

Los porcentajes de diagnósticos de depresión cuestionan el argumento de Velilla y Serrat (1990) por el que justifican el predominio de las T.S. en las chicas por un aumento de los síndromes depresivos.

Los resultados de los cuestionarios de adaptación, depresión, consumo de tóxicos, concepto de muerte y personalidad, fueron muy similares en ambos sexos, diferenciándose únicamente en la peor adaptación familiar de las mujeres analizada mediante el "Cuestionario de adaptación para adolescentes de H. M. Bell", aspecto señalado en alguna ocasión en la bibliografía (Lewinsohn et al (1993)).

#### **VII.4. DIFERENCIAS ENTRE ADOLESCENTES CON TENTATIVA DE SUICIDIO EN FUNCIÓN DE LA EDAD.**

Algunos de los resultados de este apartado son de compleja interpretación y difíciles de contrastar con otros estudios, ya que en pocas ocasiones se ha prestado una atención específica al papel de la edad dentro de las T.S. en la adolescencia.

Entre los 13 y los 16 años se constató un absoluto predominio femenino entre los adolescentes con tentativa suicida, mientras que en el grupo de edad de 17-18 años existía un equilibrio entre ambos sexos.

La gravedad médica de la tentativa suicida fue mayor en los adolescentes de 13-14 años y 17-18 años que en los de 15-16 años. Los porcentajes de hospitalización, se distribuyeron de forma paralela, por lo que ésta fue mucho menor entre los adolescentes de 15-16 años.

No se observaron diferencias significativas entre los tres grupos de edad en las variables siguientes: procedimiento suicida, grado de premeditación de la T.S., verbalización y sospecha familiar de las intenciones autolíticas, objetivo de la conducta suicida, diagnóstico psiquiátrico, pérdidas parentales, acontecimientos vitales recientes, relaciones familiares ni antecedentes suicidas en la familia.

Entre los factores precipitantes de la conducta suicida, en los adolescentes más jóvenes predominaron las discusiones con los padres, en los de 15-16 años alcanzaban más importancia los problemas escolares, mientras que en los de mayor edad eran los problemas de salud psíquica los más frecuentes. En este sentido, Trautman y Shaffer (1989) consideran que los adolescentes más jóvenes se intentan suicidar debido a problemas interpersonales, generalmente familiares, mientras que los de más edad lo hacen por enfermedades mentales, trastornos de conducta, abuso de sustancias tóxicas y fracaso escolar.

Respecto a los mensajes suicidas, se constató que únicamente los adolescentes mayores de 15 años redactaban estas notas de despedida.

En cuanto a la presencia de conductas suicidas en el entorno, las diferencias entre los distintos intervalos de edad, no resultaron significativas. No obstante, los resultados parecen indicar que la influencia debida a las conductas suicidas en personas cercanas disminuye con la edad, lo que apoyaría la idea de que los más jóvenes son más influenciables.

Por último, al analizar el concepto de muerte observamos cómo a medida que se incrementa la edad del adolescente, la muerte va perdiendo la consideración de fenómeno temporal y

adquiere un carácter más definitivo. Estos resultados apoyan la idea de que el concepto de muerte evoluciona a lo largo de la infancia y adolescencia paralelamente al desarrollo cognitivo y emocional (Safier, 1964; Koocher, 1973; Speece y Brent, 1984). Por el contrario, la dimensión agradable-desagradable no presentó diferencias significativas en función de la edad.



#### VII.5. FACTORES DE RIESGO Y MODELO PREDICTIVO DE LAS TENTATIVAS DE SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA.

El análisis de *odds ratio* indica que diversas variables incrementan notablemente el riesgo de aparición de una tentativa suicida en la adolescencia.

Algunas de las variables que, consideradas aisladamente, incrementan de forma más notable dicho riesgo son: tener un concepto agradable de la muerte (incrementa 39 veces el riesgo de T.S.), haber sufrido pérdidas parentales precoces, existencia de patología psiquiátrica en los miembros de la familia, sufrir acontecimientos vitales importantes en los doce últimos meses, relaciones familiares conflictivas, no convivir con ambos padres, tener un pobre nivel de adaptación, tener antecedentes de algún trastorno mental, tener frecuentes pensamientos y sueños sobre la muerte y presentar elevadas puntuaciones en los inventarios de depresión.

Es importante destacar que las variables pertenecen a todas las esferas de vulnerabilidad que conforman los modelos multidimensionales explicativos de la conducta suicida, exceptuando los aspectos bioquímicos que no han sido analizados.

En base a su interés clínico y significación estadística, fueron elegidas algunas variables para realizar un análisis de regresión logística por pasos, que nos permitió definir la mejor combinación de factores pronósticos, formada por las ocho variables siguientes:

- Puntuación media de los acontecimientos vitales.
- Valor medio de los acontecimientos vitales.
- Concepto agradable de la muerte.
- Presencia de patología psiquiátrica en el padre.
- Adaptación familiar insatisfactoria.
- Existencia de pérdidas parentales.
- Relaciones familiares conflictivas.
- Puntuación en los inventarios de la depresión.

Mediante el análisis de la sensibilidad (92.45%) y especificidad (83.18%), podemos afirmar que se trata de un eficaz modelo predictivo de las tentativas de suicidio entre los adolescentes de nuestro medio social.

A continuación mencionamos otros modelos predictivos recogidos por la bibliografía:

Slap et al (1989) incluyen cinco variables en su modelo predictivo: antecedentes de atención psiquiátrica, tentativa de

suicidio previa, atenciones en servicios de urgencias, consumo de marihuana y bajo rendimiento escolar, alcanzando una sensibilidad del 84% y una especificidad del 55%.

Kienhorst et al (1990) incluye ocho variables en su modelo: ideación suicida, uso de drogas blandas, escala de la depresión de Zung (SDS), escala de desesperanza de Beck, divorcio de los padres, sexo, escala familiar del "*Offer Self-Image Questionnaire for adolescents*", e ideación de muerte. Este modelo alcanzó una sensibilidad del 73% y una especificidad del 85%.

En el modelo de predicción de T.S. propuesto por Brent et al (1993d) incluyen las tres variables siguientes como mejor combinación predictiva: depresión mayor, desempleo paterno y conflictos interpersonales con un compañero.

Las dos mejores variables predictoras para Pearce y Martin (1994) serían el haberse dañado deliberadamente en alguna ocasión, y la existencia de planes suicidas. Lewinsohn et al (1994) desarrollan una modelo basado en factores de riesgo psicosocial y que incluye las variables siguientes: depresión actual, edad materna más joven, tentativa suicida previa, tentativa suicida reciente en un amigo, ideación suicida y baja autoestima en el inventario de depresión de Beck. Con un punto de corte de 0.04 alcanza una sensibilidad del 81% y una especificidad del 92%.

En resumen, nuestro modelo predictivo incluye factores psicosociales (pérdidas parentales y acontecimientos vitales), cognitivos (concepto de muerte), psicopatológicos (sintomatología depresiva) y familiares (patología psiquiátrica, adaptación familiar y grado de conflictividad en las relaciones), lo que nos permite confirmar el carácter multidimensional de la conducta suicida.

Finalmente, aunque estos modelos tienen limitaciones en su poder predictivo (Goldstein, 1991) y no son fácilmente traducibles en predicciones para un determinado sujeto, coincidimos con Pallis et al (1984) en que pueden ser muy valiosos para identificar grupos de riesgo que se beneficien de determinadas medidas preventivas.

## **VIII. CONCLUSIONES**

## VIII. CONCLUSIONES

- 1 - En la adolescencia las tentativas de suicidio son realizadas fundamentalmente por mujeres de 14 y 15 años mediante la autointoxicación con medicamentos.

- 2 - En la adolescencia predominan las tentativas suicidas de carácter impulsivo, es decir, sin planificación suicida previa.

- 3 - Casi un 40% de los jóvenes habían comunicado sus intenciones suicidas a alguna persona de su entorno.

- 4 - Las discusiones con los padres son los factores desencadenantes más frecuentes (38.8%).

- 5 - Se constató la existencia de antecedentes suicidas familiares en el 26% de los adolescentes.

- 6 - En el 64.8% de los casos se llegó a establecer un diagnóstico psiquiátrico según criterios CIE-10, siendo los diagnósticos más frecuentes los episodios depresivos y los trastornos de adaptación.

- 7 - Los adolescentes con T.S. han sufrido más pérdidas parentales precoces.

- 8 - Las familias de los adolescentes con tentativa suicida padecen más trastornos mentales.

- 9 - Los adolescentes con T.S. han tenido durante el último año un mayor número acontecimientos vitales estresantes y de mayor intensidad.

- 10 - Los adolescentes con tentativa suicida tienen frecuentemente un concepto más agradable de la muerte.

- 11 - Los adolescentes con T.S. son fundamentalmente introvertidos, ansiosos, reservados, poco integrados y emocionalmente inestables.

- 12 - Las mujeres realizan tentativas de suicidio a una edad más temprana que los varones y mediante métodos no violentos.

- 13 - Los desencadenantes más frecuentes en los adolescentes más jóvenes son las discusiones con los padres, en los de 15-16 años los problemas escolares, mientras que en los de mayor edad son los problemas de salud psíquica.

- 14 - La mejor combinación pronóstica de una tentativa de suicidio está formada por las variables: puntuación media y valor medio de los acontecimientos vitales, concepto agradable de la muerte, patología psiquiátrica del padre, adaptación familiar insatisfactoria, pérdidas parentales, relaciones familiares conflictivas, y sintomatología depresiva.

- 15 - Este modelo predictivo, que incluye factores psicosociales, cognitivos, psicopatológicos y familiares, alcanza una elevada sensibilidad (92.45%) y especificidad (83.18%).



## IX. TABLAS Y FIGURAS

<u>M U J E R E S</u>		<u>H O M B R E S</u>		<u>T O T A L</u>	
N	%	N	%	N	%
43	79.6	11	20.4	54	100

**TABLA I.** Distribución por sexos de los adolescentes con tentativa suicida.

<u>EDAD</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
13 años	4	7.4
14 años	16	29.7
15 años	12	22.2
16 años	2	3.7
17 años	6	11.1
18 años	14	25.9

**TABLA II.** Distribución de los adolescentes con tentativa suicida según la edad.

NIVEL EDUCATIVO	N	%
Educación General Básica	26	48.1
Bachillerato (BUP)	19	35.2
Formación Profesional	9	16.7

**TABLA III.** Nivel educativo del adolescente.

ACTIVIDAD	N	%
Estudios	41	75.9
Trabajo	5	9.3
Estudios y Trabajo	1	1.9
Paro	4	7.4
Otros	3	5.5

**TABLA IV.** Actividad educativa y laboral del adolescente.

PROCEDENCIA	N	%
Urgencias hospitalarias	41	75.9
Pediatría	7	13.0
Psiquiatra de zona	2	3.7
Atención primaria	1	1.9
Otros dispositivos	3	5.5

**TABLA V.** Dispositivos sanitarios que realizaron la derivación.

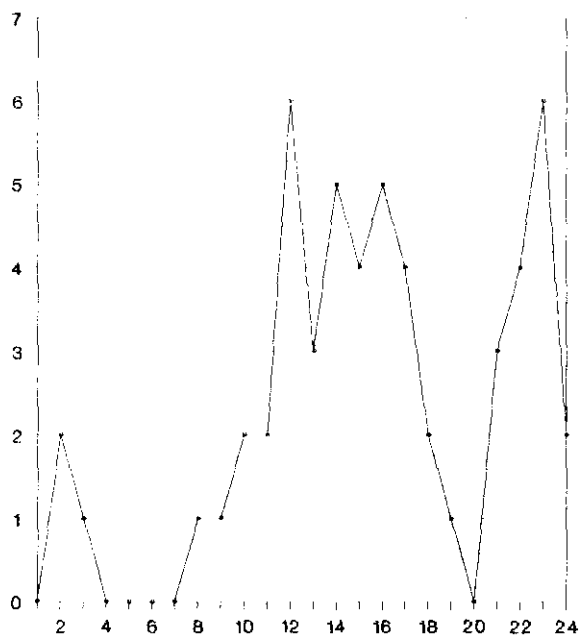


FIGURA I. Distribución horaria

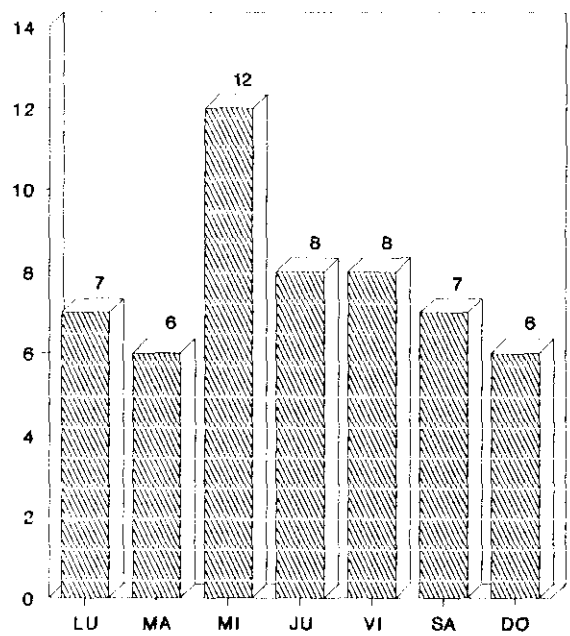


FIGURA II. Día de la semana.

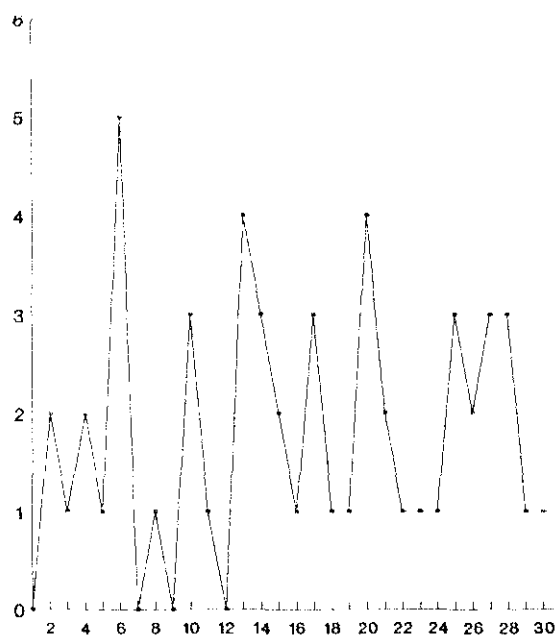


FIGURA III. Día del mes.

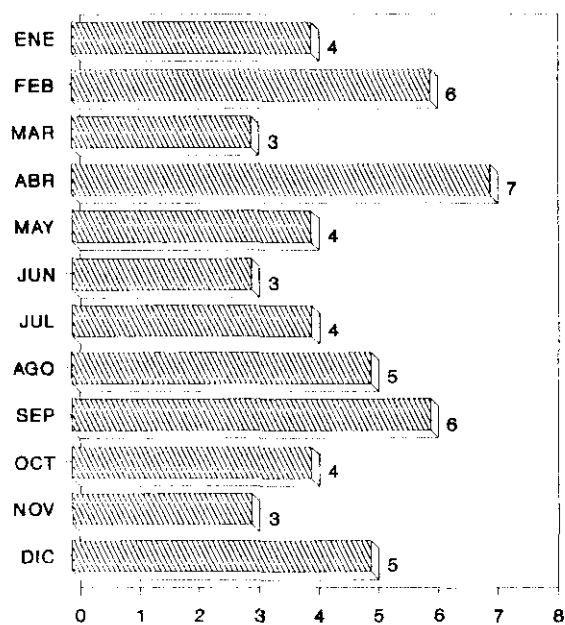


FIGURA IV. Distribución anual.

PROCEDIMIENTO	N	%
Intoxicación medicamentosa	43	79.6
Flebotomía	3	5.6
Precipitación desde altura	3	5.6
Ahorcamiento	2	3.7
Flebotomía + Medicamentos	2	3.7
Flebotomía + Tóxicos	1	1.9

TABLA VI. Procedimiento suicida utilizado por el adolescente.

FARMACO EMPLEADO	N	%
Benzodiacepinas	12	26.7
Benzodiacepinas + Analgésicos	3	6.7
Benzodiacepinas + Otros	2	4.5
Benzodiacepinas + Neurolépticos	1	2.2
Analgésicos	6	13.3
Analgésicos + Otros	6	13.3
Antidepresivos	4	8.9
Barbitúricos	4	8.9
Neurolépticos	1	2.2
Otros fármacos	6	13.3

TABLA VII. Fármacos empleados en la tentativa de suicidio.

PROCEDENCIA DEL FÁRMACO	N	%
Padres	28	62.2
Uso propio	12	26.7
Otro familiar	4	8.9
Otros	1	2.2

**TABLA VIII.** Procedencia del fármaco utilizado en la tentativa suicida.

LUGAR	N	%
Propio hogar	47	87.0
Calle	2	3.7
Hogar de un familiar	1	1.9
Otros	4	7.4

**TABLA IX.** Lugar de realización de la tentativa suicida.



GRAVEDAD	N	%
Leve	19	35.2
Moderada	16	29.6
Grave	8	14.8
Muy grave	11	20.4

**TABLA X.** Gravedad médica de la tentativa de suicidio.

TIPO DE TENTATIVA	N	%
Impulsiva	31	57.4
Planeada	13	24.1
Mixta	10	18.5

**TABLA XI.** Grado de premeditación de la tentativa de suicidio.

VERBALIZACIÓN	N	%
No verbalización	33	61.1
A la familia	7	13.0
A los amigos	10	18.5
A ambos	4	7.4

**TABLA XII.** Comunicación de la intención suicida.

SIGNO	ANUNCIADOR	N	%
	Sí	9	16.7
	No	45	83.3

**TABLA XIII.** Sospecha familiar de la intención suicida del adolescente.

DESENCADENANTE	N	%
Discusión con los padres	21	38.8
Problema escolar	10	18.5
Problema de salud psíquica	7	13.0
Problemas con la pareja	6	11.1
Pérdida de ser significativo	2	3.7
Problemas con los amigos	1	1.9
Indeterminado	7	13.0

**TABLA XIV.** Factores desencadenantes de la tentativa suicida.

OBJETIVO	N	%
Muerte	21	38.9
Búsqueda de un cambio	19	35.2
Ayuda	5	9.3
Otros	9	16.6

**TABLA XV.** Objetivo de la tentativa de suicidio.

POSIBILIDAD DE RESCATE	N	%
Muy posible	29	53.7
Dudosamente posible	13	24.1
Remotamente posible	12	22.2

**TABLA XVI.** Posibilidad de rescate tras la tentativa suicida.

FASE DEL CICLO	N	%
Premenstrual	14	32.6
Menstruación	8	18.6
Postmenstrual	10	23.2
Ovulación	6	14.0
Amenorrea	5	11.6

**TABLA XVII.** Fase del ciclo menstrual en la que ocurrió la tentativa de suicidio.

TENTATIVAS PREVIAS	N	%
Ninguna	37	68.5
Una	11	20.4
Dos	3	5.5
Tres	2	3.7
Cuatro	1	1.9

TABLA XVIII. Número de tentativas de suicidio previas.

NOTA SUICIDA	N	%
Sí	9	16.7
No	45	83.3

TABLA XIX. Existencia de mensaje o nota suicida.

TELÉFONO DE LA ESPERANZA	N	%
No llamó, ni hubiera llamado	45	83.3
Hubiera llamado de conocerlo	8	14.8
Llamó	1	1.9

TABLA XX. Conocimiento del Teléfono de la Esperanza.

ACTITUD POSTENTATIVA	N	%
Racionalización	14	25.9
Culpabilidad	13	24.1
Vergüenza	8	14.8
Negación	4	7.4
Otras	15	27.8

TABLA XXI. Actitud postentativa del adolescente.

ACTITUD DE LOS PADRES	N	%
Sobreprotección	17	31.5
Enfado	6	11.1
Negación	3	5.6
Otras	28	51.8

**TABLA XXII.** Actitud de los padres hacia el adolescente tras la tentativa de suicidio.

CAMBIO EN LAS RELACIONES	N	%
Sí	15	27.8
No	39	72.2

**TABLA XXIII.** Cambio en las relaciones padres-hijo tras la tentativa de suicidio.

ANTECEDENTES FAMILIARES DE SUICIDIO	N	%
Madre	2	3.7
Padre	1	1.9
Hermano	2	3.7
Madre y hermano	1	1.9
Otros familiares	8	14.8
Sin antecedentes de suicidio	40	74.0

**TABLA XXIV.** Antecedentes suicidas en la familia del adolescente.

SUICIDIO EN EL ENTORNO	N	%
Compañeros	8	14.8
Televisión	3	5.5
Compañeros y televisión	2	3.7
Vecinos	1	1.9
Sin conducta suicida en entorno	40	74.1

**TABLA XXV.** Conductas suicidas en el entorno del adolescente.



HOSPITALIZACIÓN	N	%
Pediatría	21	38.9
Psiquiatría	13	24.1
Otros departamentos	2	3.7
No Ingreso hospitalario	18	33.3

**TABLA XXVI.** Ingreso hospitalario tras la tentativa suicida.

TRATAMIENTO	N	%
Psicofarmacológico	11	20.4
Psicoterapia individual	9	16.6
Psicoterapia + Farmacológico	14	25.9
Psicoterapia de grupo	1	1.9
Seguimiento ambulatorio	19	35.2

**TABLA XXVII.** Tratamiento psiquiátrico prescrito.

DIAGNÓSTICO	N	%
Esquizofrenia y T. ideas delirantes	3	5.6
Episodio depresivo	10	18.5
Trastorno de adaptación	10	18.5
Trastorno de la personalidad	4	7.4
Trastorno disocial	3	5.5
Otros	5	9.3
Sin diagnóstico psiquiátrico	19	35.2

**TABLA XXVIII.** Diagnóstico psiquiátrico según criterios CIE-10.

FACTORES ASOCIADOS	N	%
Problemas relacionados con los padres Z63.1	20	37.0
Problemas relacionados con la pareja Z63.0	3	5.6
Problemas relacionados con la educación Z55	3	5.6
Problemas de ajuste de los ciclos vitales Z60.0	1	1.9
Problemas por embarazo no deseado Z64.0	1	1.9
Sin otra codificación en este capítulo Z00	26	48.1

**TABLA XXIX.** Factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud (Códigos Z00-Z99 del CIE-10).

RENDIMIENTO ESCOLAR	MUESTRA DE N	T.S. %	GRUPO CONTROL N	CONTROL %	Prueba de Mann-Whitney
Muy Bueno	4	7.4	19	17.6	p = 0.0018
Bueno	10	18.5	28	25.9	
Regular	14	25.9	36	33.3	
Malo	26	48.1	25	23.1	

**TABLA XXX.** Rendimiento escolar en adolescentes con tentativa suicida Vs. grupo control.

ENFERMEDAD SOMÁTICA	MUESTRA DE N	T.S. %	GRUPO CONTROL N	CONTROL %	Corrección de Yates
Sin enfermedad	46	85.2	102	94.4	N.S.
Con enfermedad	8	14.8	6	5.6	

**TABLA XXXI.** Presencia de patología somática en adolescentes con tentativa suicida Vs. grupo control.

ANTECEDENTES DE PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA	MUESTRA DE T.S.		GRUPO CONTROL		Prueba de Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	
Sin Antecedentes	31	57.4	97	89.8	p = 0.0000
Con Antecedentes	23	42.6	11	10.2	

TABLA XXXII. Antecedentes de patología psiquiátrica en adolescentes con tentativa suicida Vs. grupo control.

PÉRDIDAS PARENTALES	MUESTRA DE T.S.		GRUPO CONTROL		Prueba de Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	
No pérdidas	35	64.8	105	97.2	p = 0.0000
Padre	10	18.5	2	1.9	
Madre	4	7.4	1	0.9	
Ambos	4	7.4	0	0.0	
Hernano	1	1.9	0	0.0	

TABLA XXXIII. Pérdidas familiares en adolescentes con tentativa suicida Vs. grupo control.

TIPO DE PÉRDIDA	MUESTRA N	DE T.S. %
Separación o abandono	13	24.1
Muerte	6	11.1
No pérdidas	35	64.8

**TABLA XXXIV.** Tipo de pérdida parental en los adolescentes con tentativa suicida.

EDAD DE LA PÉRDIDA	MUESTRA N	DE T.S. %
Menos de 5 años	2	10.5
Entre 6 y 10 años	6	31.6
Entre 11 y 15 años	9	47.4
Por encima de los 15 años	2	10.5

**TABLA XXXV.** Edad a la que ocurrió la pérdida parental en los adolescentes con tentativa suicida.

ESTRUCTURA FAMILIAR	MUESTRA DE Media	T.S. D.E.	GRUPO CONTROL Media D.E.	t
Número de miembros	4.33	1.20	4.66 1.09	N.S.
Número de hermanos	2.15	1.32	1.83 1.16	N.S.
Lugar que ocupa	2.00	1.15	2.04 1.14	N.S.

TABLA XXXVI. Datos de la estructura familiar de los adolescentes con tentativa suicida Vs. grupo control.

NIVEL ECONÓMICO	MUESTRA DE N	T.S. %	GRUPO CONTROL N	Prueba de Mann-Whitney
Bajo	2	3.7	0 0.0	N.S.
Medio-bajo	22	40.7	56 51.8	
Medio	26	48.2	37 34.3	
Medio-alto	4	7.4	15 13.9	
Alto	0	0.0	0 0.0	

TABLA XXXVII. Nivel económico de las familias de adolescentes con tentativa suicida Vs. grupo control.

CONVIVENCIA	MUESTRA N	DE T.S. %	GRUPO N	CONTROL %	Prueba de Chi <sup>2</sup>
Con ambos padres	34	63.0	101	93.5	p = 0.0000
Otras circunstancias	20	37.0	7	6.5	

TABLA XXXVIII. Tipo de convivencia de los adolescentes con tentativa suicida Vs. grupo control.

RELACIONES FAMILIARES	MUESTRA N	DE T.S. %	GRUPO N	CONTROL %	Prueba de Mann-Whitney
Buenas	11	20.4	34	31.5	p = 0.0005
Discusiones	16	29.6	47	43.5	
Desavenencias	5	9.3	20	18.5	
Conflictiva grave	6	11.1	1	0.9	
Malos tratos	1	1.9	1	0.9	
Desaparecidas	15	27.8	5	4.6	

TABLA XXXIX. Relaciones familiares en adolescentes con tentativa suicida Vs. grupo control.

PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA FAMILIAR	MUESTRA N	DE T.S. %	GRUPO N	CONTROL %	Prueba de Chi <sup>2</sup>
PADRE:					
No patología	38	70.4	103	95.4	p = 0.0000
Sí patología	16	29.6	5	4.6	
MADRE:					
No patología	35	64.8	100	92.6	p = 0.0000
Sí patología	19	35.2	8	7.4	
HERMANOS:					
No patología	44	81.5	101	93.5	p = 0.0184
Sí patología	10	18.5	7	6.5	

TABLA XL. Presencia de trastornos mentales en los miembros de la familia de adolescentes con tentativa suicida Vs. grupo control.

ACONTECIMIENTOS VITALES	MUESTRA Media	DE D.E.	T.S. D.E.	GRUPO Media	CONTROL D.E.	t
Número de A.V.	4.76	1.73		2.59	1.82	p = 0.0000
Puntuación Media	6.02	2.09		2.87	2.08	p = 0.0000
Valor Medio	60.12	6.75		45.80	16.96	p = 0.0000

TABLA XLI. Acontecimientos vitales en adolescentes con tentativa suicida Vs. grupo control.



ADAPTACIÓN	MUESTRA N	T.S. %	GRUPO N	CONTROL %	Prueba de Mann-Whitney
FAMILIAR					
Excelente	0	0.0	6	5.6	p = 0.0000
Buena	0	0.0	13	12.0	
Normal	7	13.0	38	35.2	
No satisfactoria	16	29.6	29	26.9	
Mala	31	57.4	22	20.4	
SALUD					
Excelente	0	0.0	11	10.2	p = 0.0006
Buena	5	9.3	14	13.0	
Normal	12	22.2	37	34.3	
No satisfactoria	17	31.5	26	24.1	
Mala	20	37.0	20	18.5	
SOCIAL					
Excelente	9	16.7	13	12.0	N.S.
Buena	11	20.4	28	25.9	
Normal	7	13.0	37	34.3	
No satisfactoria	18	33.3	29	26.9	
Mala	9	16.7	1	0.9	
EMOCIONAL					
Excelente	1	1.9	11	10.2	p = 0.0157
Buena	6	11.1	19	17.6	
Normal	19	35.2	42	38.9	
No satisfactoria	19	35.2	21	19.4	
Mala	9	16.7	15	13.9	
TOTAL					
Excelente	0	0.0	10	9.3	p = 0.0000
Buena	2	3.7	19	17.6	
Normal	14	25.9	36	33.3	
No satisfactoria	13	24.1	22	20.4	
Mala	25	46.3	21	19.4	

**TABLA XLII.** Nivel de adaptación según el "Cuestionario de adaptación de H.M. Bell" de adolescentes con tentativa suicida Vs. grupo control.

CUESTIONARIOS DE DEPRESIÓN	MUESTRA DE T.S.		GRUPO CONTROL		t
	Media	D.E.	Media	D.E.	
C.E.D.I.	17.15	9.48	10.09	7.10	p = 0.0001
Beck	13.25	9.83	4.75	3.48	p = 0.0011

**TABLA XLIII.** Puntuaciones en las escalas de depresión CEDI y Beck de adolescentes con tentativa suicida  
Vs. grupo control.

CONSUMO DE TÓXICOS	MUESTRA N	DE T.S. %	GRUPO N	CONTROL %	Prueba de Mann-Whitney
<b>TABACO:</b>					
No consumo	7	13.0	36	33.3	p = 0.0002
Prueba	13	24.1	29	26.9	
Ocasional	6	11.1	24	22.2	
Habitual	28	51.8	19	17.6	
<b>ALCOHOL:</b>					
No consumo	5	9.3	34	31.5	N.S.
Prueba	18	42.6	13	12.0	
Ocasional	28	51.9	53	49.1	
Habitual	3	5.6	8	7.4	
<b>CANNABIS:</b>					
No consumo	40	74.1	91	84.3	N.S.
Prueba	11	20.4	5	4.6	
Ocasional	3	5.6	12	11.1	
Habitual	0	0.0	0	0.0	
<b>COCAINA:</b>					
No consumo	51	94.4	108	100.0	p = 0.0043
Prueba	2	3.7	0	0.0	
Ocasional	1	1.9	0	0.0	
Habitual	0	0.0	0	0.0	
<b>HEROINA:</b>					
No consumo	54	100.0	108	100.0	N.S.
Prueba	0	0.0	0	0.0	
Ocasional	0	0.0	0	0.0	
Habitual	0	0.0	0	0.0	
<b>OTRAS DROGAS:</b>					
No consumo	52	96.3	108	100.0	p = 0.0448
Prueba	1	1.9	0	0.0	
Ocasional	1	1.9	0	0.0	
Habitual	0	0.0	0	0.0	

TABLA XLIV. Consumo de tóxicos en adolescentes con tentativa suicida Vs. grupo control.

CONCEPTO DE MUERTE	MUESTRA N	DE T.S. %	GRUPO CONTROL N	CONTROL %	Mann-Whitney
¿Has pensado alguna vez en la muerte?					
Nunca	2	3.7	9	8.3	p=0.0002
A veces	25	46.3	77	71.3	
A menudo	27	50.0	22	20.4	
¿Has pensado alguna vez en la muerte de personas de tu familia?					
Nunca	19	35.2	17	15.7	N.S.
A veces	26	48.1	77	71.3	
A menudo	9	16.7	14	13.0	
¿Has soñado alguna vez con gente muriendo?					
Nunca	22	40.7	40	37.0	N.S.
A veces	17	31.5	64	59.3	
A menudo	15	27.8	4	3.7	
¿Sueñas alguna vez con que mueres ?					
Nunca	25	46.3	67	62.0	p=0.0477
A veces	21	38.9	32	29.6	
A menudo	8	14.8	9	8.3	
¿Sueñas con la muerte de tus familiares?					
Nunca	36	66.7	47	43.5	N.S.
A veces	10	18.5	58	53.7	
A menudo	8	14.8	3	2.8	
¿Has pensado alguna vez en la muerte de algún ser muy querido?					
Nunca	14	25.9	14	13.0	N.S.
A veces	37	68.5	86	79.6	
A menudo	3	5.6	8	7.4	

TABLA XLV. Respuestas en la "Escala sobre concepto de muerte de C.R. Pfeffer" de adolescentes con tentativa suicida Vs. grupo control.

CONCEPTO DE MUERTE -continuación-	MUESTRA DE N	T.S. %	GRUPO CONTROL N	CONTROL %	Prueba de Chi <sup>2</sup>
¿Has visto alguna vez un muerto? NO SI	34 20	63.0 37.0	62 46	57.4 42.6	N.S.
¿Has estado alguna vez velando un muerto? NO SI	38 16	70.4 29.6	85 23	78.7 21.3	N.S.
¿Has estado alguna vez en un funeral? NO SI	24 30	44.4 55.6	50 58	46.3 53.7	N.S.
¿Crees que la gente resucita después de morir? NO SI	29 25	53.7 46.3	50 58	46.3 53.7	N.S.
¿Crees que los animales resucitan? NO SI	38 16	70.4 29.6	84 24	77.8 22.2	N.S.
¿Crees que las personas van a un lugar mejor después de morir? NO SI	24 30	44.4 55.6	32 76	29.6 70.4	N.S.
¿Crees que las personas van a un lugar horrible después de morir? NO SI	48 6	88.9 11.1	107 1	99.1 0.9	p=0.0027

TABLA XLVI. Respuestas en la "Escala sobre concepto de muerte de C.R. Pfeffer" de adolescentes con tentativa suicida Vs. grupo control.

CONCEPTO DE MUERTE -continuación-	MUESTRA DE T.S.		GRUPO CONTROL		Mann-Whitney
	N	%	N	%	
Consideras la muerte agradable o desagradable:					
- Muy desagradable	15	27.8	39	36.1	p = 0.0000
- Desagradable	2	3.7	33	30.6	
- Término medio	14	25.9	34	31.5	
- Algo agradable	11	20.4	2	1.9	
- Muy agradable	12	22.2	0	0.0	
Consideras la muerte como definitiva o temporal:					
- Definitiva	19	35.2	27	25.0	N.S.
- Casi definitiva	3	5.6	12	11.1	
- Término medio	12	22.2	30	27.8	
- Algo temporal	8	14.8	25	23.1	
- Muy temporal	12	22.2	14	13.0	

TABLA XLVII. Respuestas en la "Escala sobre concepto de muerte de C.R. Pfeffer" de adolescentes con tentativa suicida Vs. grupo control.

H.S.P.Q.	MUESTRA Media	DE D.E.	T.S. D.E.	GRUPO Media	CONTROL D.E.	t
HSPQ - A	4.26	2.48		5.27	1.66	p = 0.0084
HSPQ - B	4.02	2.38		5.06	2.08	p = 0.0047
HSPQ - C	3.65	1.85		4.88	1.93	p = 0.0002
HSPQ - D	5.96	1.93		5.61	1.65	N.S.
HSPQ - E	6.18	1.66		6.10	1.65	N.S.
HSPQ - F	5.91	1.85		5.98	1.80	N.S.
HSPQ - G	3.54	1.66		4.75	1.83	p = 0.0001
HSPQ - H	4.78	2.21		5.61	1.80	p = 0.0112
HSPQ - I	5.52	2.00		5.83	1.53	N.S.
HSPQ - J	6.87	1.92		6.14	1.83	p = 0.0197
HSPQ - O	6.41	2.02		5.83	1.81	N.S.
HSPQ - Q <sub>2</sub>	6.55	1.98		5.70	1.65	p = 0.0044
HSPQ - Q <sub>3</sub>	4.20	1.68		5.16	1.90	p = 0.0020
HSPQ - Q <sub>4</sub>	5.48	2.13		5.12	1.94	N.S.
HSPQ - Q <sub>I</sub>	7.30	1.50		6.13	1.68	p = 0.0000
HSPQ - Q <sub>II</sub>	4.52	2.14		5.36	1.46	p = 0.0109
HSPQ - Q <sub>III</sub>	4.90	1.38		5.13	1.32	N.S.
HSPQ - Q <sub>IV</sub>	6.15	1.37		5.98	1.21	N.S.

TABLA XLVIII. Puntuaciones del "Cuestionario de Personalidad para adolescentes de Cattell" (HSPQ) en adolescentes con tentativa suicida Vs. grupo control.

ANTECEDENTES PERSONALES	Muestra Vs. Grupo control A		Muestra Vs. Grupo control B	
	O.R.	I.C. 95%	O.R.	I.C. 95%
Rendimiento escolar	N.S.		N.S.	
Antecedentes psiquiátricos	29.33	3.70 - 232.47	3.08	1.17 - 8.14
Enfermedad somática	N.S.		N.S.	
Pérdidas parentales	29.33	3.70 - 232.48	14.33	3.08 - 66.79

**TABLA XLIX.** Antecedentes personales de los adolescentes con tentativa de suicidio Vs. grupos control apareados.

RELACIONES FAMILIARES	Muestra Vs. Grupo control A		Muestra Vs. Grupo control B	
	O.R.	I.C. 95%	O.R.	I.C. 95%
Relaciones familiares	8.13	2.87 - 23.01	N.S.	
Convivencia familiar	8.82	2.36 - 32.95	6.45	1.96 - 21.26

**TABLA L.** Relaciones y convivencia familiar de los adolescentes con tentativa de suicidio Vs. grupos control apareados.



PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA FAMILIAR	Muestra Vs. Grupo control A		Muestra Vs. Grupo control B	
	O.R.	I.C. 95%	O.R.	I.C. 95%
Padre	10.75	2.29 - 50.47	10.75	2.29 - 50.47
Madre	10.75	2.29 - 50.47	7.00	1.86 - 26.34
Hermanos	12.57	1.53 -102.93	N.S.	

TABLA LI. Patología mental en los miembros de la familia de los adolescentes con tentativa de suicidio Vs. grupos control apareados.

ACONTECIMIENTOS VITALES	MUESTRA		CONTROL A		CONTROL B		t datos apareados			
	Media	T.S. D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.	TS	Vs. A	TS	Vs. B
Número A.V.	4.90	1.76	2.24	1.79	3.52	1.84	0.0000		0.0000	
Puntuación Media	6.25	2.03	2.12	1.59	3.45	2.36	0.0000		0.0000	
Valor Medio	59.85	6.59	44.56	19.29	45.94	15.65	0.0000		0.0000	

TABLA LII. Acontecimientos vitales en adolescentes con tentativa de suicidio Vs. grupos control apareados.

ADAPTACIÓN	Muestra Vs. Grupo control A		Muestra Vs. Grupo control B	
	O.R.	I.C. 95%	O.R.	I.C. 95%
Familiar	20.50	6.17 - 68.00	4.63	1.39 - 15.45
Salud	10.82	4.07 - 28.76	N.S.	
Social	2.96	1.21 - 7.24	N.S.	
Emocional	6.33	2.41 - 16.63	N.S.	
Total	14.30	5.14 - 39.77	N.S.	

TABLA LIII. Nivel de adaptación según el "Cuestionario de adaptación de H. M. Bell" de adolescentes con tentativa de suicidio Vs. grupos control apareados.

CUESTIONARIOS DE DEPRESIÓN	MUESTRA		CONTROL A		CONTROL B		t datos apareados			
	Media	T.S. D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.	TS	Vs. A	TS	Vs. B
C.E.D.I.	17.13	9.64	6.00	4.50	14.25	6.55	0.0000		N.S.	
Beck	12.46	10.64	3.85	2.79	6.08	3.86	0.0183		N.S.	

TABLA LIV. Puntuaciones en las escalas de depresión CEDI y Beck en adolescentes con tentativa de suicidio Vs. grupos control apareados.

CONSUMO DE TÓXICOS	Muestra Vs. Grupo control A		Muestra Vs. Grupo control B	
	O.R.	I.C. 95%	O.R.	I.C. 95%
Tabaco	5.33	1.77 - 16.11	N.S.	
Alcohol	6.22	1.89 - 127.19	4.16	1.24 - 14.00
Cannabis	4.16	1.24 - 14.00	N.S.	

**TABLA LV.** Consumo de tóxicos en los adolescentes con tentativa de suicidio Vs. grupos control apareados.

CONCEPTO DE MUERTE	Muestra Vs. Grupo control A		Muestra Vs. Grupo control B	
	O.R.	I.C. 95%	O.R.	I.C. 95%
¿Has pensado alguna vez en la muerte?	10.72	3.29 - 34.95	N.S.	
¿Has pensado en la muerte de personas de tu familia?	N.S.		N.S.	
¿Has soñado alguna vez con gente muriendo?	9.71	2.06 - 45.85	9.71	2.06 - 45.85
¿Sueñas alguna vez con que mueres?	N.S.		N.S.	
¿Sueñas con la muerte de tus familiares?	9.51	1.14 - 79.65	N.S.	
¿Has pensado alguna vez en la muerte de un ser muy querido?	N.S.		N.S.	
¿Has visto alguna vez un muerto?	N.S.		N.S.	
¿Has estado alguna vez velando un muerto?	N.S.		N.S.	
¿Has estado alguna vez en un funeral?	N.S.		N.S.	
¿Crees que la gente resucita después de morir?	N.S.		N.S.	
¿Crees que los animales resucitan?	N.S.		N.S.	
¿Crees que las personas van a un lugar mejor después de morir?	N.S.		N.S.	
¿Crees que las personas van a un lugar horrible después de morir?	N.S.		*	
Consideras la muerte agradable o desagradable	*		29.33	3.70 - 232.48
Consideras la muerte temporal o definitiva	N.S.		N.S.	

TABLA LVI. Respuestas en la "Escala sobre concepto de muerte de C. R. Pfeffer" de los adolescentes con tentativa de suicidio Vs. grupos control apareados.

\* No es posible calcular su odds ratio.

H.S.P.Q.	MUESTRA		CONTROL A		CONTROL B		t datos apareados			
	Media	T.S. D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.	TS	Vs. A	TS	Vs. B
HSPQ - A	4.22	2.52	5.42	1.79	5.02	1.53	0.0105		N.S.	
HSPQ - B	4.07	2.30	5.20	1.82	4.58	2.25	0.0234		N.S.	
HSPQ - C	3.56	1.84	5.67	1.77	3.93	1.71	0.0000		N.S.	
HSPQ - D	6.11	1.93	5.36	1.77	6.09	1.43	N.S.		N.S.	
HSPQ - E	6.22	1.65	6.16	1.49	6.13	1.84	N.S.		N.S.	
HSPQ - F	6.07	1.86	5.53	1.95	6.33	1.73	N.S.		N.S.	
HSPQ - G	3.31	1.55	5.22	1.88	4.16	1.71	0.0000		0.0088	
HSPQ - H	4.53	2.15	6.07	1.78	5.11	1.84	0.0005		N.S.	
HSPQ - I	5.36	1.96	5.98	1.47	5.64	1.58	N.S.		N.S.	
HSPQ - J	6.98	1.96	5.93	1.81	6.58	1.84	0.0171		N.S.	
HSPQ - O	6.47	2.12	5.02	1.79	6.67	1.67	0.0028		N.S.	
HSPQ - Q <sub>2</sub>	6.47	2.02	5.60	1.56	5.93	1.63	0.0097		N.S.	
HSPQ - Q <sub>3</sub>	4.16	1.54	5.64	1.92	4.42	1.73	0.0005		N.S.	
HSPQ - Q <sub>4</sub>	5.67	2.20	4.71	1.80	5.82	2.04	0.0336		N.S.	
HSPQ - Q <sub>I</sub>	7.46	1.46	5.36	1.58	7.01	1.49	0.0000		N.S.	
HSPQ - Q <sub>II</sub>	4.54	2.18	5.46	1.46	5.12	1.45	0.0125		N.S.	
HSPQ - Q <sub>III</sub>	4.97	1.47	5.14	1.26	5.28	1.36	N.S.		N.S.	
HSPQ - Q <sub>IV</sub>	6.18	1.35	5.97	1.33	6.06	1.20	N.S.		N.S.	

TABLA LVII. Puntuaciones del "Cuestionario de Personalidad para adolescentes de Cattell" (HSPQ) en adolescentes con tentativa de suicidio Vs. grupos control apareados.

E D A D	M U J E R E S		H O M B R E S		t
	Media	D.E.	Media	D.E.	
Edad en años	15.14	1.59	17.36	1.20	p = 0.0001

TABLA LVIII. Edad de los adolescentes con tentativa suicida (mujeres Vs. hombres).

P R O C E D I M I E N T O	M U J E R E S		H O M B R E S		Prueba de Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	
Intoxicación por fármacos	39	90.8	4	36.3	p = 0.0011
Flebotomía	1	2.3	2	18.2	
Precipitación	1	2.3	2	18.2	
Ahorcamiento	0	0.0	2	18.2	
Flebotomía + Fármacos	1	2.3	1	9.1	
Flebotomía + Tóxicos	1	2.3	0	0.0	
No violento	40	93.0	6	54.5	p = 0.0059*
Violento	3	7.0	5	45.5	

TABLA LIX. Procedimiento empleado por los adolescentes con tentativa suicida (mujeres Vs. hombres).

\*Test exacto de Fisher.

FÁRMACO EMPLEADO	MUJERES		HOMBRES		Prueba de $\chi^2$
	N	%	N	%	
Benzodiacepinas	10	23.2	2	18.2	N.S.
BDZ + Analgésicos	3	7.0	0	0.0	
BDZ + Otros	2	4.6	0	0.0	
BDZ + Neurolépticos	1	2.3	0	0.0	
Analgésicos	6	14.0	0	0.0	
Analgésicos + Otros	5	11.6	1	9.1	
Antidepresivos	3	7.0	1	9.1	
Barbitúricos	3	7.0	1	9.1	
Neurolépticos	1	2.3	0	0.0	
Otros fármacos	6	14.0	0	0.0	
No utilizó fármacos	3	7.0	6	54.5	

TABLA LX. Fármacos utilizados por los adolescentes con tentativa suicida (mujeres Vs. hombres).

GRAVEDAD MÉDICA	MUJERES		HOMBRES		Prueba de Mann-Whitney
	N	%	N	%	
Leve	17	39.5	2	18.1	p = 0.0266
Moderada	15	34.9	1	9.1	
Grave	4	9.3	4	36.4	
Muy Grave	7	16.3	4	36.4	

TABLA LXI. Gravedad médica de la tentativa suicida (mujeres Vs. hombres).

TIPO DE TENTATIVA SUICIDA	MUJERES		HOMBRES		Prueba de Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	
Impulsiva	25	58.1	6	54.5	N.S.
Planeada	10	23.3	3	27.3	
Mixta	8	18.6	2	18.2	

TABLA LXII. Grado de premeditación de la tentativa suicida (mujeres Vs. hombres).



VERBALIZACIÓN	MUJERES		HOMBRES		Prueba de Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	
No verbalización	25	58.1	8	72.7	N.S.
Sí verbalización	18	41.9	3	27.3	

TABLA LXIII. Comunicación de la intención suicida del adolescente (mujeres Vs. hombres).

SIGNO ANUNCIADOR	MUJERES		HOMBRES		Prueba de Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	
SI	8	18.6	1	9.1	N.S.
NO	35	81.4	10	90.9	

TABLA LXIV. Sospecha familiar de la intención suicida del adolescente (mujeres Vs. hombres).

DESENCADENANTE	MUJERES		HOMBRES		Prueba de Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	
Discusión con los padres	21	48.8	0	0.0	p = 0.0159
Problema escolar	8	18.6	2	18.2	
Problema salud psíquica	3	7.0	4	36.3	
Problema con pareja	3	7.0	3	27.3	
Pérdida significativa	2	4.7	0	0.0	
Problema con amigos	1	2.3	0	0.0	
Sin determinar	5	11.6	2	18.2	

TABLA LXV. Factores desencadenantes de la tentativa suicida del adolescente (mujeres Vs. hombres).

OBJETIVO	MUJERES		HOMBRES		Prueba de Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	
Muerte	16	37.2	5	45.4	N.S.
Cambio	16	37.2	3	27.3	
Ayuda	5	11.6	0	0.0	
Otros	6	14.0	3	27.3	

TABLA LXVI. Objetivo aparente de la tentativa suicida (mujeres Vs. hombres).

TENTATIVAS DE SUICIDIO PREVIAS	MUJERES		HOMBRES		Prueba de Mann-Whitney
	N	%	N	%	
Ninguna	30	69.8	7	63.6	N.S.
Una	10	23.3	1	9.1	
Dos	2	4.6	1	9.1	
Tres	1	2.3	1	9.1	
Cuatro	0	0.0	1	9.1	

TABLA LXVII. Tentativas de suicidio previas del adolescente (mujeres Vs. hombres).

NOTA SUICIDA	MUJERES		HOMBRES		Prueba de Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	
SI	7	16.3	2	18.2	N.S.
NO	36	83.7	9	81.8	

TABLA LXVIII. Existencia de mensaje o nota suicida (mujeres Vs. hombres).

ACTITUD POSTENTATIVA	MUJERES		HOMBRES		Prueba de Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	
Racionalización	10	23.3	4	36.3	N.S.
Culpabilidad	10	23.3	3	27.3	
Vergüenza	7	16.3	1	9.1	
Negación	2	4.6	2	18.2	
Otras	14	32.5	1	9.1	

TABLA LXIX. Actitud del adolescente tras la tentativa suicida (mujeres Vs. hombres).

HOSPITALIZACIÓN	MUJERES		HOMBRES		Prueba de Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	
Pediatría	20	46.5	1	9.1	p = 0.0027
Psiquiatria	6	14.0	7	63.6	
Otros departamentos	1	2.3	1	9.1	
No Ingreso	16	37.2	2	18.2	
Si Ingreso	27	62.8	9	81.8	N.S.
No Ingreso	16	37.2	2	18.2	

TABLA LXX. Ingreso hospitalario en adolescentes con tentativa suicida (mujeres Vs. hombres).

TRATAMIENTO	MUJERES		HOMBRES		Prueba de Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	
Psicofarmacológico	9	20.9	2	18.2	p = 0.0126
Psicoterapia individual	7	16.3	2	18.2	
Psicoterapia + Fármacos	7	16.3	7	63.6	
Psicoterapia de grupo	1	2.3	0	0.0	
Seguimiento ambulatorio	19	44.2	0	0.0	

TABLA LXXI. Tratamiento prescrito en adolescentes con tentativa suicida (mujeres Vs. hombres).

DIAGNÓSTICO	MUJERES		HOMBRES		Prueba de Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	
Esquizofrenia y Trast. delirantes	2	4.6	1	9.1	N.S.
Episodio depresivo	7	16.3	3	27.2	
Trastorno de adaptación	8	18.6	2	18.2	
Trastorno de personalidad	2	4.6	2	18.2	
Otros trastornos	6	14.0	2	18.2	
Sin diagnóstico psiquiátrico	18	41.9	1	9.1	
Sí diagnóstico	25	58.1	10	90.9	0.0400*
No diagnóstico	18	41.9	1	9.1	

TABLA LXXII. Diagnósticos psiquiátricos de los adolescentes con tentativa suicida (mujeres Vs. hombres).

\*Test exacto de Fisher.

CIE - 10 (Z00 - Z99)	MUJERES		HOMBRES		Prueba de Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	
Problemas con los padres	20	46.5	0	0.0	N.S.
Problemas con la pareja	2	4.7	1	9.1	
Problemas con la educación	2	4.7	1	9.1	
Problemas de ciclos vitales	1	2.3	0	0.0	
Embarazo no deseado	1	2.3	0	0.0	
Sin codificación	17	39.5	9	81.8	

TABLA LXXIII. Factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud en los adolescentes con tentativa suicida (mujeres Vs. hombres).

RENDIMIENTO ESCOLAR	MUJERES		HOMBRES		Prueba de Mann-Whitney
	N	%	N	%	
Muy Bueno	3	7.0	1	9.1	N.S.
Bueno	9	20.9	1	9.1	
Regular	11	25.6	3	27.3	
Malo	20	46.5	6	54.5	

TABLA LXXIV. Rendimiento escolar en adolescentes con tentativa suicida (mujeres Vs. hombres).

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS	MUJERES		HOMBRES		Prueba de Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	
Sin antecedentes	24	55.8	7	63.6	N.S.
Con antecedentes	19	44.2	4	36.4	

TABLA LXXV. Antecedentes de patología psiquiátrica en adolescentes con tentativa suicida (mujeres Vs. hombres).

PÉRDIDAS PARENTALES	MUJERES		HOMBRES		Prueba de Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	
Sin pérdidas	26	60.5	9	81.8	N.S.
Con pérdidas	17	39.5	2	18.2	

TABLA LXXVI. Pérdidas familiares en adolescentes con tentativa suicida (mujeres Vs. hombres).

ACONTECIMIENTOS VITALES	MUJERES		HOMBRES		t
	Media	D.E.	Media	D.E.	
Número de A.V.	4.74	1.73	4.82	1.78	N.S.
Puntuación Media	6.05	2.14	5.93	1.96	N.S.
Valor Medio	60.53	6.79	58.54	6.67	N.S.

TABLA LXXVII. Acontecimientos vitales en adolescentes con tentativa suicida (mujeres Vs. hombres).

RELACIONES FAMILIARES	MUJERES		HOMBRES		Prueba de Mann-Whitney
	N	%	N	%	
Buenas	8	18.6	3	27.3	N.S.
Discusiones	12	28.0	4	36.3	
Desavenencias	4	9.3	1	9.1	
Conflictiva grave	5	11.6	1	9.1	
Malos tratos	1	2.3	0	0.0	
Desaparecidas	13	30.2	2	18.2	

TABLA LXXVIII. Relaciones familiares en adolescentes con tentativa suicida (mujeres Vs. hombres).



PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA FAMILIAR	MUJERES		HOMBRES		Prueba de Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	
PADRE:					
No patología	29	67.4	9	81.8	N.S.
Sí patología	14	32.6	2	18.2	
MADRE:					
No patología	29	67.4	6	54.5	N.S.
Sí patología	14	32.6	5	45.5	
HERMANOS:					
No patología	34	79.1	10	90.9	N.S.
Sí patología	9	20.9	1	9.1	

TABLA LXXIX. Presencia de trastornos mentales en los miembros de la familia de adolescentes con tentativa suicida (mujeres Vs. hombres).

CONDUCTA SUICIDA EN LA FAMILIA	MUJERES		HOMBRES		Prueba de Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	
Sin antecedentes	30	69.8	10	90.9	N.S.
Con antecedentes	13	30.2	1	9.1	

TABLA LXXX. Antecedentes de conducta suicida en la familia de adolescentes con tentativa suicida (mujeres Vs. hombres).

SUICIDIO EN EL ENTORNO	MUJERES		HOMBRES		Prueba de Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	
Compañeros	8	18.7	0	0.0	N.S.
Televisión	2	4.6	1	9.1	
Compañeros y T.V.	2	4.6	0	0.0	
Vecinos	0	0.0	1	9.1	
No suicidio	31	72.1	9	81.8	

TABLA LXXXI. Conductas suicidas en el entorno de adolescentes con tentativa suicida (mujeres Vs. hombres).

ADAPTACIÓN	MUJERES		HOMBRES		Prueba de Mann-Whitney
	N	%	N	%	
FAMILIAR					p = 0.0198
Excelente	0	0.0	0	0.0	
Buena	0	0.0	0	0.0	
Normal	4	9.3	3	27.3	
No satisfactoria	11	25.6	5	45.4	
Mala	28	65.1	3	27.3	
SALUD					N.S.
Excelente	0	0.0	0	0.0	
Buena	4	9.3	1	9.1	
Normal	11	25.6	1	9.1	
No satisfactoria	12	27.9	5	45.4	
Mala	16	37.2	4	36.4	
SOCIAL					N.S.
Excelente	9	20.9	0	0.0	
Buena	8	18.6	3	27.3	
Normal	4	9.3	3	27.3	
No satisfactoria	16	37.2	2	18.1	
Mala	6	14.0	3	27.3	
EMOCIONAL					N.S.
Excelente	1	2.3	0	0.0	
Buena	5	11.6	1	9.1	
Normal	14	32.6	5	45.4	
No satisfactoria	15	34.9	4	36.4	
Mala	8	18.6	1	9.1	
TOTAL					N.S.
Excelente	0	0.0	0	0.0	
Buena	2	4.7	0	0.0	
Normal	11	25.6	3	27.2	
No satisfactoria	9	20.9	4	36.4	
Mala	21	48.8	4	36.4	

TABLA LXXXII. Nivel de adaptación de los adolescentes con tentativa suicida según el "Cuestionario de adaptación de H.M. Bell" (mujeres Vs. hombres).

CUESTIONARIOS DE DEPRESIÓN	MUJERES		HOMBRES		t
	Media	D.E.	Media	D.E.	
C.E.D.1	17.33	9.57	11.00	0.00	N.S.
Beck	12.90	10.58	13.60	9.58	N.S.

**TABLA LXXXIII.** Puntuaciones en las escalas de depresión CEDI y Beck de adolescentes con tentativa suicida (mujeres Vs. hombres).

CONSUMO DE TÓXICOS	MUJERES		HOMBRES		Prueba de Mann-Whitney
	N	%	N	%	
TABACO:					
No consumo	6	13.9	1	9.1	N.S.
Prueba	10	23.3	3	27.3	
Ocasional	5	11.6	1	9.1	
Habitual	22	51.2	6	54.5	
ALCOHOL:					
No consumo	4	9.3	1	9.1	N.S.
Prueba	13	30.2	5	45.5	
Ocasional	23	53.5	5	45.5	
Habitual	3	7.0	0	0.0	
CANNABIS:					
No consumo	33	76.7	7	63.6	N.S.
Prueba	7	16.3	4	36.4	
Ocasional	3	7.0	0	0.0	
Habitual	0	0.0	0	0.0	
COCAINA:					
No consumo	41	95.3	10	90.9	N.S.
Prueba	2	4.7	0	0.0	
Ocasional	0	0.0	1	9.1	
Habitual	0	0.0	0	0.0	
HEROINA:					
No consumo	43	100.0	11	100.0	N.S.
Prueba	0	0.0	0	0.0	
Ocasional	0	0.0	0	0.0	
Habitual	0	0.0	0	0.0	
OTRAS DROGAS:					
No consumo	42	97.7	10	90.9	N.S.
Prueba	1	2.3	0	0.0	
Ocasional	0	0.0	1	9.1	
Habitual	0	0.0	0	0.0	

TABLA LXXXIV. Consumo de tóxicos en adolescentes con tentativa suicida (mujeres Vs. hombres).

CONCEPTO DE MUERTE	MUJERES		HOMBRES		Mann-Whitney
	N	%	N	%	
¿Has pensado alguna vez en la muerte?					
Nunca	0	0.0	2	18.2	N.S.
A veces	21	48.8	4	36.4	
A menudo	22	51.2	5	45.4	
¿Has pensado alguna vez en la muerte de personas de tu familia?					
Nunca	15	34.9	4	36.4	N.S.
A veces	21	48.8	5	45.4	
A menudo	7	16.3	2	18.2	
¿Has soñado alguna vez con gente muriendo?					
Nunca	16	37.2	6	54.5	N.S.
A veces	14	32.6	3	27.3	
A menudo	13	30.2	2	18.2	
¿Sueñas alguna vez con que mueres?					
Nunca	19	44.2	6	54.5	N.S.
A veces	17	39.5	4	36.4	
A menudo	7	16.3	1	9.1	
¿Sueñas con la muerte de tus familiares?					
Nunca	29	67.4	7	63.6	N.S.
A veces	7	16.3	3	27.3	
A menudo	7	16.3	1	9.1	
¿Has pensado alguna vez en la muerte de algún ser muy querido?					
Nunca	11	25.6	3	27.3	N.S.
A veces	30	69.8	7	63.6	
A menudo	2	4.6	1	9.1	

TABLA LXXXV. Respuestas en la "Escala sobre concepto de muerte de C.R. Pfeffer" de los adolescentes con tentativa suicida (mujeres Vs. hombres).

CONCEPTO DE MUERTE - continuación -	MUJERES		HOMBRES		Prueba de Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	
¿Has visto alguna vez un muerto?					
NO	26	60.5	8	72.7	N.S.
SI	17	39.5	3	27.3	
¿Has estado alguna vez velando un muerto?					
NO	30	69.8	8	72.7	N.S.
SI	13	30.2	3	27.3	
¿Has estado alguna vez en un funeral?					
NO	20	46.5	4	36.4	N.S.
SI	23	53.5	7	63.6	
¿Crees que la gente resucita después de morir?					
NO	23	53.5	6	54.5	N.S.
SI	20	46.5	5	45.5	
¿Crees que los animales resucitan?					
NO	29	67.4	9	81.8	N.S.
SI	14	32.6	2	18.2	
¿Crees que las personas van a un lugar mejor después de morir?					
NO	20	46.5	4	36.4	N.S.
SI	23	53.5	7	63.6	
¿Crees que las personas van a un lugar horrible después de morir?					
NO	39	90.7	9	81.8	N.S.
SI	4	9.3	2	18.2	

**TABLA LXXXVI.** Respuestas en la "Escala sobre concepto de muerte de C.R. Pfeffer" de los adolescentes con tentativa suicida (mujeres Vs. hombres).

CONCEPTO DE MUERTE - continuación -	MUJERES		HOMBRES		Mann-Whitney
	N	%	N	%	
Consideras la muerte agradable o desagradable:					
- Muy desagradable	12	27.9	3	27.3	N.S.
- Desagradable	2	4.6	0	0.0	
- Término medio	12	27.9	2	18.2	
- Algo agradable	7	16.3	4	36.3	
- Muy agradable	10	23.3	2	18.2	
Consideras la muerte como definitiva o temporal:					
- Definitiva	16	37.2	3	27.3	N.S.
- Casi definitiva	3	6.9	0	0.0	
- Término medio	6	14.0	6	54.5	
- Algo temporal	6	14.0	2	18.2	
- Muy temporal	12	27.9	0	0.0	

TABLA LXXXVII. Respuestas en la "Escala sobre concepto de muerte de C.R. Pfeffer" de los adolescentes con tentativa suicida (mujeres Vs. hombres).

H.S.P.Q.	MUJERES		HOMBRES		t
	Media	D.E.	Media	D.E.	
HSPQ - Q <sub>I</sub>	7.17	1.50	7.81	1.44	N.S.
HSPQ - Q <sub>II</sub>	4.54	2.22	4.42	1.85	N.S.
HSPQ - Q <sub>III</sub>	4.84	1.36	5.13	1.50	N.S.
HSPQ - Q <sub>IV</sub>	6.30	1.35	5.60	1.36	N.S.

TABLA LXXXVIII. Puntuaciones del "Cuestionario de Personalidad para adolescentes de Cattell" (HSPQ) en adolescentes con tentativa suicida (mujeres Vs. hombres).



S E X O	13-14 AÑOS		15-16 AÑOS		17-18 AÑOS		Prueba Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	N	%	
Mujer	19	95.0	14	100.0	10	50.0	p = 0.0002
Hombre	1	0.0	0	0.0	10	50.0	

TABLA LXXXIX. Distribución por sexos de los adolescentes con tentativa suicida según la edad.

PROCEDIMIENTO	13-14 AÑOS		15-16 AÑOS		17-18 AÑOS		Prueba Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	N	%	
Violento	3	15.0	1	7.1	4	20.0	N.S.
No violento	17	85.0	13	92.9	16	80.0	

TABLA XC. Método suicida utilizado por el adolescente según la edad.

GRAVEDAD	13-14 AÑOS		15-16 AÑOS		17-18 AÑOS		Prueba Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	N	%	
Leve	7	35.0	7	50.0	5	25.0	P = 0.0451
Moderada	7	35.0	6	42.9	3	15.0	
Grave	1	5.0	1	7.1	6	30.0	
Muy Grave	5	25.0	0	0.0	6	30.0	

TABLA XCI. Gravedad médica de la tentativa de suicidio según la edad.

TIPO DE TENTATIVA	13-14 AÑOS		15-16 AÑOS		17-18 AÑOS		Prueba Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	N	%	
Impulsiva	14	70.0	7	50.0	10	50.0	N.S.
Planeada	3	15.0	4	28.6	6	30.0	
Mixta	3	15.0	3	21.4	4	20.0	

TABLA XCII. Grado de premeditación de la tentativa de suicidio según la edad.

VERBALIZACIÓN	13-14 AÑOS		15-16 AÑOS		17-18 AÑOS		Prueba Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	N	%	
No verbalización	11	55.0	8	57.1	14	70.0	N.S.
Sí verbalización	9	45.0	6	42.9	6	30.0	

TABLA XCIII. Comunicación de las intenciones suicidas del adolescente según la edad.

SIGNO ANUNCIADOR	13-14 AÑOS		15-16 AÑOS		17-18 AÑOS		Prueba Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	N	%	
Sí	3	15.0	4	28.6	2	10.0	N.S.
No	17	85.0	10	71.4	18	90.0	

TABLA XCIV. Signo anunciador notado por la familia de adolescentes con tentativa de suicidio según la edad.

DESENCADENANTE	13-14 AÑOS		15-16 AÑOS		17-18 AÑOS		Prueba Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	N	%	
Discusión con padres	12	60.0	4	28.6	5	25.0	p = 0.0348
Problema escolar	2	10.0	6	42.9	2	10.0	
Problema salud psíquica	1	5.0	0	0.0	6	30.0	
Problema con pareja	1	5.0	1	7.1	4	20.0	
Pérdida significativa	1	5.0	1	7.1	0	0.0	
Problema con amigos	0	0.0	0	0.0	1	5.0	
No determinado	3	15.0	2	14.3	2	10.0	

TABLA XCV. Factores desencadenantes en adolescentes con tentativa de suicidio según la edad.

OBJETIVO	13-14 AÑOS		15-16 AÑOS		17-18 AÑOS		Prueba Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	N	%	
Muerte	7	35.0	3	21.4	11	55.0	N.S.
Cambio	8	40.0	7	50.0	4	20.0	
Ayuda	2	10.0	2	14.3	1	5.0	
Otros	3	15.0	2	14.3	4	20.0	

TABLA XCVI. Objetivo aparente de la tentativa de suicidio según la edad.

NOTA SUICIDA	13-14 AÑOS		15-16 AÑOS		17-18 AÑOS		Prueba Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	N	%	
Sí	0	0.0	5	35.7	4	20.0	p = 0.0201
No	20	100.0	9	64.3	16	80.0	

TABLA XCVII. Nota suicida en adolescentes con tentativa de suicidio según la edad.

HOSPITALIZACIÓN	13-14 AÑOS		15-16 AÑOS		17-18 AÑOS		Prueba Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	N	%	
Sí Ingreso	18	90.0	3	21.4	15	75.0	p = 0.0001
No Ingreso	2	10.0	11	78.6	5	25.0	

TABLA XCVIII. Ingreso hospitalario en adolescentes con tentativa de suicidio según la edad.

DIAGNÓSTICO	13-14 AÑOS		15-16 AÑOS		17-18 AÑOS		Prueba Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	N	%	
Esquizofrenia y T. delirante	0	0.0	1	7.1	2	10.0	N.S.
Episodio depresivo	1	5.0	4	28.6	5	25.0	
Trastorno adaptación	5	25.0	4	28.6	1	5.0	
Trastorno personalidad	1	5.0	0	0.0	3	15.0	
Otros	4	20.0	1	7.1	3	15.0	
Sin diagnóstico	9	45.0	4	28.6	6	30.0	

TABLA XCIX. Diagnóstico psiquiátrico en adolescentes con tentativa de suicidio según la edad.

PÉRDIDAS PARENTALES	13-14 AÑOS		15-16 AÑOS		17-18 AÑOS		Prueba Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	N	%	
Sin pérdidas	13	65.0	11	78.6	11	55.0	N.S.
Con pérdidas	7	35.0	3	21.4	9	45.0	

TABLA C. Pérdidas familiares en adolescentes con tentativa de suicidio según la edad.

ACONTECIMIENTOS VITALES	13-14 AÑOS		15-16 AÑOS		17-18 AÑOS		ANOVA
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Número de A.V.	4.75	1.65	4.43	1.79	5.00	1.81	N.S.
Puntuación Media	6.15	2.05	5.38	2.03	6.35	2.18	N.S.
Valor Medio	61.37	7.17	57.92	5.27	60.43	7.16	N.S.

TABLA CI. Acontecimientos vitales en los adolescentes con tentativa de suicidio según la edad.

RELACIONES FAMILIARES	13-14 AÑOS		15-16 AÑOS		17-18 AÑOS		Prueba Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	N	%	
Buenas	3	15.0	4	28.6	4	20.0	N.S.
Discusiones	7	35.0	5	35.7	4	20.0	
Desavenencias	2	10.0	2	14.3	1	5.0	
Conflictiva grave	2	10.0	1	7.1	3	15.0	
Malos tratos	0	0.0	0	0.0	1	5.0	
Desaparecidas	6	30.0	2	14.3	7	35.0	

TABLA CII. Relaciones familiares en adolescentes con tentativa de suicidio según la edad.

CONDUCTA SUICIDA EN LA FAMILIA	13-14 AÑOS		15-16 AÑOS		17-18 AÑOS		Prueba Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	N	%	
Sin antecedentes	14	70.0	9	64.3	17	85.0	N.S.
Con antecedentes	6	30.0	5	35.7	3	15.0	

TABLA CIII. Antecedentes de conducta suicida en la familia del adolescente según la edad.

SUICIDIO EN EL ENTORNO	13-14 AÑOS		15-16 AÑOS		17-18 AÑOS		Prueba Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	N	%	
Compañeros	5	25.0	2	14.3	1	5.0	N.S.
Televisión	2	10.0	1	7.1	0	0.0	
Compañeros y T.V.	2	10.0	0	0.0	0	0.0	
Vecinos	0	0.0	0	0.0	1	5.0	
No suicidio	11	55.0	11	78.6	18	90.0	

TABLA CIV. Conductas suicidas en el entorno del adolescente según la edad.



CONCEPTO DE MUERTE	13-14 AÑOS		15-16 AÑOS		17-18 AÑOS		Prueba Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	N	%	
Consideración de la muerte como:							
Muy desagradable	5	25.0	5	35.7	5	25.0	N.S.
Desagradable	0	0.0	2	14.3	0	0.0	
Término medio	6	30.0	4	28.6	4	20.0	
Algo agradable	2	10.0	1	7.1	8	40.0	
Muy agradable	7	35.0	2	14.3	3	15.0	
Consideración de la muerte como:							
Definitiva	3	15.0	8	57.1	8	40.0	p = 0.0014
Casi definitiva	3	15.0	0	0.0	0	0.0	
Término medio	3	15.0	0	0.0	9	45.0	
Algo temporal	3	15.0	2	14.3	3	15.0	
Muy temporal	8	40.0	4	28.6	0	0.0	

TABLA CV. Concepto de muerte en adolescentes con tentativa de suicidio según la edad.

VARIABLE	ODDS RATIO	I.C. (95%)
Rendimiento escolar malo o regular	2.20	1.51 - 4.51
Antecedentes de patología psiquiátrica	6.54	2.87 - 14.93
Pérdidas parentales	19.00	5.30 - 68.03
Patología psiquiátrica del padre	8.67	2.97 - 25.28
Patología psiquiátrica de la madre	6.79	2.73 - 16.88
Patología psiquiátrica de los hermanos	3.28	1.17 - 9.18
Relaciones familiares conflictivas	3.00	1.51 - 5.97
No convivir con ambos padres	8.06	3.12 - 20.86
Consumo de tabaco	2.88	1.23 - 6.73
Consumo de alcohol	4.50	1.64 - 12.38
Puntuación en C.E.D.I. mayor de 12	2.96	1.26 - 6.95
Puntuación en Beck mayor de 7	6.40	1.96 - 20.86
Adaptación familiar insatisfactoria	7.50	3.11 - 18.08
Adaptación salud insatisfactoria	2.93	1.47 - 5.85
Adaptación social insatisfactoria	2.60	1.32 - 5.14
Adaptación emocional insatisfactoria	2.15	1.11 - 4.19
Adaptación total insatisfactoria	3.59	1.78 - 7.23
Puntuación Media de los A.V. mayor de 4,5	11.04	5.10 - 23.88
Valor Medio de los A.V. mayor de 54,5	8.20	3.86 - 17.40
Más de 3 Acontecimientos Vitales	8.20	3.86 - 17.40
Pensar a menudo en la muerte	3.91	1.92 - 7.94
Soñar a menudo con gente muriendo	10.00	3.13 - 31.99
Soñar a menudo con la muerte de familiares	6.09	1.54 - 24.00
Creer que se va a un lugar horrible al morir	13.38	1.57 - 114.12
Considerar la muerte "algo" o "muy" agradable	39.32	8.78 - 176.16

TABLA CVI. Razones de probabilidad (odds ratio) estadísticamente significativas del grupo de tentativas de suicidio (n=54) respecto al grupo control (n=108).

---

TERM	COEFFICIENT	STANDARD ERROR	COEF/SE	EXP(COEF)
PERDIDAS PARENTALES	-4.242	1.77	-2.39	0.144E-01
PATOL. PSIQ. PADRE	-2.364	1.14	-2.07	0.941E-01
RELACIONES FAMILIARES	2.141	0.938	2.28	8.50
ADAPTACIÓN FAMILIAR	-1.938	0.824	-2.35	0.144
PUNTUACIÓN MEDIA AV	-0.4981	0.192	-2.59	0.608
VALOR MEDIO AV	-0.2871	0.693E-01	-4.14	0.750
MUERTE AGRADABLE	-3.535	1.05	-3.36	0.292E-01
CEDI - BECK	-0.7575E-01	0.450E-01	-1.68	0.927
CONSTANTE	21.67	4.72	4.59	0.257E+10

---

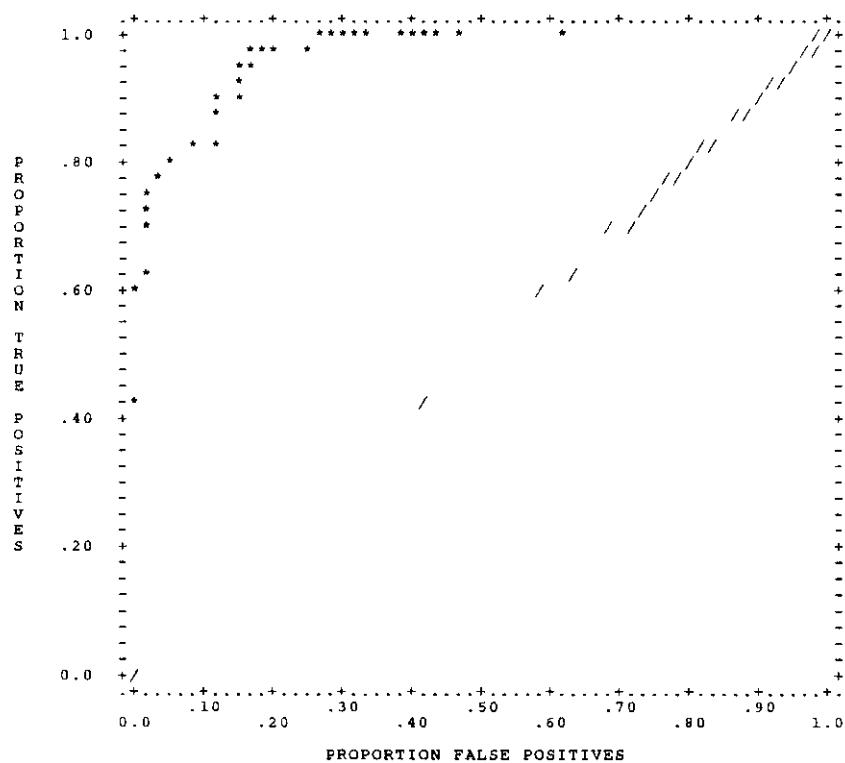
**TABLA CVII.** Variables predictivas incluidas en el modelo. Paso número 8 de la regresión logística.

STEP NO.	TERM		DF	LOG LIKELIHOOD	IMPROVEMENT		GOODNESS OF FIT	
	ENTERED	REMOVED			CHI-SQUARE	P-VAL	CHI-SQUARE	P-VAL
0				-101.610			203.219	0.007
1	PUNT. MEDIA		1	-71.171	60.877	0.000	142.342	0.759
2	VALOR MEDIO		1	-56.072	30.198	0.000	112.144	0.995
3	MUERTE AGRADABLE		1	-45.974	20.195	0.000	91.949	1.000
4	PATOL PSIQ PADRE		1	-41.616	8.717	0.003	83.232	1.000
5	ADAPTAC. FAMILIAR		1	-39.279	4.674	0.031	78.558	1.000
6	PERDIDA PARENTAL		1	-37.713	3.133	0.077	75.425	1.000
7	RELAC. FAMILIAR		1	-35.645	4.136	0.042	71.289	1.000
8	CEDI - BECK		1	-34.158	2.974	0.085	68.315	1.000

**TABLA CVIII.** Variables predictivas incluidas en el modelo. Sumario del resultado de los ocho pasos de la regresión logística.

CUT- POINT	CORRECT PREDICTIONS			PERCENT CORRECT			INCORRECT PREDICTIONS		
	CONTROL	SUICIDA	TOTAL	CONTROL	SUICIDA	TOTAL	CONTROL	SUICIDA	TOTAL
	A	D	E=A+D	A/(A+B)	D/(C+D)	E/(E+F)	B	C	F=B+C
0.725	94	47	141	87.85	88.68	88.13	13	6	19
0.742	93	47	140	86.92	88.68	87.50	14	6	20
0.758	89	47	136	83.18	88.68	85.00	18	6	24
0.775	89	49	138	83.18	92.45	86.25	18	4	22
0.792	87	49	136	81.31	92.45	85.00	20	4	24
0.808	85	50	135	79.44	94.34	84.38	22	3	25
0.825	85	50	135	79.44	94.34	84.38	22	3	25

TABLA CIX. Regresión logística. Puntos de corte con su correspondiente especificidad y sensibilidad.



THE AREA UNDER THE POLYGON, FORMED BY CONNECTING THE POINTS  
(0,0) THROUGH THE ASTERISKS TO (1,1), IS 0.9655

**FIGURA V.** Representación gráfica de la Curva ROC  
(Receiver Operating Characteristic).

## X. ANEXOS

Nombre .....	Fecha .....
Dirección .....	Teléfono .....
Nº Historia .....	Caso número .....

1.- Sexo:                    Hombre: 1  
                                  Mujer: 2

2.- Edad . . . . años.

3.- Tentativa suicida: Hora .....  
Día .....  
Mes .....

4.- Remitido por:      Urgencias hospitalarias:      1  
                                    Pediatría:      2  
                                    Psiquiatra zona:      3  
                                    Atención primaria:      4  
                                    Otros dispositivos:      5

5.- Nivel educativo:	Sin estudios:	1
	E.G.B.:	2
	B.U.P.:	3
	Formación profesional:	4
	Universitarios:	5

6.- Rendimiento escolar:	Muy Bueno:	1
	Bueno:	2
	Regular:	3
	Malo:	4

7.- Actividad:	Estudios:	1
	Trabajo:	2
	Estudios y trabajo:	3
	Paro:	4
	Otros:	5

8.- Antecedentes psiquiátricos:

Sí:	1
No:	2



9.- Enfermedad somática concomitante:	Sí:	1
	No:	2
10.- Fase del ciclo menstrual:	Premenstrual:	1
	Menstruación:	2
	Postmenstrual:	3
	Ovulación:	4
	Amenorrea:	5
11.- Procedimiento suicida:	Intoxic. Medicamentosa:	1
	Flebotomía:	2
	Precipitación:	3
	Ahorcamiento:	4
	Tóxicos:	5
	Otros:	6
12.- Fármacos utilizados en la T.S.:	BDZ:	1
	Analgésicos:	2
	Antidepresivos:	3
	Barbitúricos:	4
	Neurolépticos:	5
	Otros:	6
13.- Procedencia del fármaco:	Padres:	1
	Uso propio:	2
	Otro familiar:	3
	Otros:	4
14.- Lugar de la T.S.:	Propio hogar:	1
	Calle:	2
	Domicilio de familiar:	3
	Otros lugares:	4
15.- Tipo de tentativa suicida:	Impulsiva:	1
	Repentina:	2
	Mixta:	3
16.- Gravedad médica de la T.S.:	Leve:	1
	Moderada:	2
	Grave:	3
	Muy Grave:	4
17.- Verbalización de la intención suicida:	No verbalización:	1
	A la familia:	2
	A los amigos:	3
	A ambos:	4

18.- Sospecha familiar de la intencionalidad:	Sí:	1
	No:	2
19.- Objetivos de la T.S.:	Muerte:	1
	Cambio:	2
	Ayuda:	3
	Otros:	4
20.- Desencadenantes:	Discusión con los padres:	1
	Problema escolar:	2
	Problema de salud psíquica:	3
	Problemas con la pareja:	4
	Pérdida ser significativo:	5
	Problemas con los amigos:	6
	Otros desencadenantes:	7
	No determinados:	8
21.- Posibilidad de rescate:	Muy probable:	1
	Dudosamente probable:	2
	Remotamente probable:	3
22.- Existencia de nota suicida de despedida:	Sí:	1
	No:	2
23.- Llamada al Teléfono de la Esperanza:		
	Sí llamó:	1
	No llamó:	2
	Hubiera llamado:	3
24.- Actitud postentativa:	Racionalización:	1
	Culpabilidad:	2
	Vergüenza:	3
	Negación:	4
	Otra:	5
25.- Número de tentativas de suicidio previas: .....		
26.- Pérdidas familiares:	No pérdidas:	0
	Padre:	1
	Madre:	2
	Hermanos:	3
27.- Tipo de pérdida familiar:	No pérdida:	0
	Separación o abandono:	1
	Muerte:	2
28.- Edad de la pérdida familiar: .....		

29.- Conductas suicidas en el entorno:		
	No conducta suicida:	0
	Compañeros o amigos:	1
	Televisión:	2
	Otros medios comunicación:	3
	Vecinos:	4
30.- Hospitalización:	No ingreso:	0
	Psiquiatría:	1
	Pediatría:	2
	Otros departamentos:	3
31.- Tratamiento instaurado:	Seguimiento ambulatorio:	1
	Psicofarmacológico:	2
	Psicoterapia individual:	3
	Psicoterapia de grupo:	4
	Terapia familiar:	5
32.- Diagnóstico CIE-10:		
	.....	
33.- Factores asociados CIE-10:		
	.....	

Nombre .....	Fecha .....
Dirección .....	Teléfono .....
Nº Historia .....	Caso número .....

- |   |                    |   |
|---|--------------------|---|
| 1.- Nivel socioeconómico:               | Bajo:              | 1 |
|   | Medio-bajo:        | 2 |
|   | Medio:             | 3 |
|   | Medio-alto:        | 4 |
|   | Alto:              | 5 |
| 2.- Número de hermanos:                 | .....              |   |
| 3.- Lugar que ocupa entre los hermanos: | .....              |   |
| 4.- Número de miembros de la familia:   | .....              |   |
| 5.- Patología psíquica en el padre:     | Sí:                | 1 |
|   | No:                | 2 |
| 6.- Patología psíquica en la madre:     | Sí:                | 1 |
|   | No:                | 2 |
| 7.- Patología psíquica en los hermanos: | Sí:                | 1 |
|   | No:                | 2 |
| 8.- Relaciones familiares:              | Buenas:            | 1 |
|   | Discusiones:       | 2 |
|   | Desavenencias:     | 3 |
|   | Conflictiva grave: | 4 |
|   | Malos tratos:      | 5 |
|   | Desaparecidas:     | 6 |

9.- Convivencia:	Ambos padres:	1
	Padre:	2
	Madre:	3
	Otro familiar:	4
	Institución:	5
	Otras:	6
10.- Actitud de los padres tras la tentativa suicida:		
	Sobreprotección:	1
	Enfado:	2
	Negación:	3
	Otra:	4
11.- Antecedentes familiares de conductas suicidas:		
	No antecedentes:	0
	Madre:	1
	Padre:	2
	Hermanos:	3
	Otro familiar:	4
12.- Cambio en las relaciones familiares tras la T.S.:		
	Sí:	1
	No:	2

## CUESTIONARIO PARA ESTUDIANTES

### GRUPO CONTROL

Edad ..... Curso ..... Fecha .....

#### INSTRUCCIONES

Este cuestionario es anónimo y consiste en una serie de preguntas acerca de ti y de tu familia, con varias respuestas posibles. Debes rodear con un círculo la respuesta con la que estés de acuerdo, o contestar sinceramente a la pregunta realizada.

Puedes leer detenidamente cada pregunta, ya que no tienes límite de tiempo para realizar el cuestionario. No debes dejar ninguna pregunta sin contestar, y si tienes alguna dificultad no dudes en preguntarnos ahora.

1.- ¿ Suspendes algunas asignaturas ?

NUNCA    A VECES    A MENUDO

2.- ¿ Sacas sobresalientes en asignaturas difíciles ?

NUNCA    A VECES    A MENUDO

3.- ¿ Has repetido algún curso ?

NO                      SI

4.- ¿ Sabes qué es el Teléfono de la Esperanza ?

NO                      SI

5.- ¿ Alguna vez has llamado al Teléfono de la Esperanza ?  
NO SI

6.- ¿ Fumas tabaco ?

NUNCA RARA VEZ ALGUNAS VECES HABITUALMENTE

7.- ¿ Tomas bebidas con alcohol ?

NUNCA RARA VEZ ALGUNAS VECES HABITUALMENTE

8.- ¿ Has fumado "porros" ?

NUNCA RARA VEZ ALGUNAS VECES HABITUALMENTE

9.- ¿ Has consumido cocaína ?

NUNCA RARA VEZ ALGUNAS VECES HABITUALMENTE

10.- ¿ Has consumido heroína ?

NUNCA RARA VEZ ALGUNAS VECES HABITUALMENTE

11.- ¿ Has consumido anfetaminas, LSD, éxtasis u otra droga ?

NUNCA RARA VEZ ALGUNAS VECES HABITUALMENTE

12.- ¿ Quiénes viven en tu casa ?

PADRE MADRE HERMANOS ABUELOS OTROS FAMILIARES

13.- ¿ Están tus padres separados o divorciados?

NO SI

14.- ¿ Cómo dirías que son las relaciones familiares en casa ?

MUY BUENAS: Sin discusiones.

BUENAS: Solamente algunas discusiones.

REGULARES: Frecuentes desavenencias.

MALAS: Conflictos graves.

MUY MALAS: Incluso agresiones y malos tratos.

DESAPARECIDAS: Por separación, abandono o muerte.

15.- ¿ Tienes alguna enfermedad física ?

NO SI

16.- ¿ Qué enfermedad física tienes ? .....

17.- ¿ En alguna ocasión has precisado tratamiento por problemas  
psiquiátricos o psicológicos ?

NO SI

18.- ¿ Alguna vez has estado tan desesperado como para desear  
estar muerto ?

NO SI

19.- ¿ En alguna ocasión te has intentado quitar la vida ?

NO SI

20.- ¿ Cuántos hermanos tienes ? .....

21.- ¿ Cuántos hermanos tienes mayores que tu ? .....

22.- ¿ Cuántas personas viven en tu casa ? .....

23.- ¿ Trabajan tus padres ?

PADRE MADRE AMBOS NINGUNO



24.- ¿ Cuáles son las profesiones de tus padres ?

.....

25.- ¿ Cual dirías que es el nivel económico de tu familia ?

BAJO          MEDIO-BAJO          MEDIO          MEDIO-ALTO          ALTO

26.- ¿ Ha tenido que recibir en alguna ocasión tu padre tratamiento por problemas psiquiátricos o psicológicos ?

NO          SI

27.- ¿ Ha tenido que recibir en alguna ocasión tu madre tratamiento por problemas psiquiátricos o psicológicos ?

NO          SI

28.- ¿ Han tenido que recibir en alguna ocasión tus hermanos tratamiento por problemas psiquiátricos o psicológicos ?

NO          SI

29.- ¿ Ha fallecido algún familiar cercano ?

NO          SI

30.- ¿ Qué familiar era ?          .....

31.- ¿ Qué edad tenías cuando ocurrió ?          .....

# CUESTIONARIO DE ADAPTACIÓN PARA ADOLESCENTES

*"The Adjustment inventory"*

por HUGH M. BELL

Adaptación y normalización española: ENRIQUE CERDÁ

*Con el permiso de Stanford University Press, Stanford, California. Copyright 1934 by the Board of Trustees of the Leland Stanford Junior University. All rights reserved*

## INSTRUCCIONES

Estamos seguros de que tienes un verdadero interés en conocerte un poco mejor a ti misma. Pues bien, si contestas con sinceridad a las preguntas que encontrarás en las páginas siguientes, podremos ayudarte a que te conozcas mejor.

No hay respuestas buenas y malas. Señala tu respuesta a cada pregunta haciendo un círculo alrededor de "SI", "NO" o "?", según sea tu respuesta.

Por ejemplo, en la pregunta:

96c SI NO ? — ¿Haces amigas con facilidad?

si respondes afirmativamente, rodearás el SI con un círculo.

Así:



Debes responder siempre que te sea posible "SI" o "NO" y únicamente rodearás la interrogación en aquellos casos en que estés completamente segura de no poder responder "SI" o "NO".

No hay límite de tiempo, pero procura contestar al cuestionario tan rápidamente como te sea posible. Si no vives en casa de tus padres, las preguntas que hagan referencia al hogar contéstalas en relación a las personas con las que convivas.

Si no entiendes algo, haz el favor de avisarnos y te lo aclararemos, pero, por favor, no te muevas del sitio ni distraigas a tus compañeras.

Ahora escribe aquí tu NOMBRE y tus APELLIDOS: \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Colegio de \_\_\_\_\_

¿Qué estudias actualmente? \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Aquí debajo no tienes que escribir nada.

S	P	D	R
a			
b			
c			
d			

Administrado por \_\_\_\_\_

Evaluated por \_\_\_\_\_

- 1d SI NO ? ¿Te gusta "soñar despierta" con frecuencia? (Es decir, si te gusta dejar correr tu fantasía.)
- 2b SI NO ? ¿Te resfrías con bastante más facilidad que otras personas?
- 3c SI NO ? ¿Te gusta acudir a sitios donde hay muchas personas, precisamente para poder estar con otras personas?
- 4d SI NO ? ¿Te produce una especie de inquietud interior el hecho de que tengas que ir a la consulta de un médico para que diagnostique qué es lo que te pasa?
- 5c SI NO ? Cuando vas a alguna reunión, ¿te gusta acercarte a saludar a alguna de las personas más importantes que asisten a la misma?
- 6b SI NO ? ¿Son tus ojos muy sensibles a la luz? (Es decir, si te "deslumbras" o se te irritan los ojos fácilmente.)
- 7a SI NO ? ¿Has sentido alguna vez un fuerte deseo de marcharte de casa?
- 8c SI NO ? Cuando estás en una reunión o con un grupo de amigas, ¿te gusta ser la encargada de presentar unas a otras?
- 9a SI NO ? ¿Tienes algunas veces la impresión de que has sido una decepción para tus padres?
- 10d SI NO ? ¿Tienes tendencia a estar frecuentemente absuelta? (Es decir, a "estar en la luna".)
- 11b SI NO ? ¿Has tenido alguna vez asma?
- 12c SI NO ? ¿Te pasa a menudo que te resulta muy difícil acordarte de aquella frase, aquella anécdota o aquel chiste que encajaría perfectamente en el curso de la conversación que estás teniendo con tu grupo de amigas?
- 13a SI NO ? ¿Te resulta poco agradable tener que decir cuál es la profesión u ocupación que desempeña tu padre?
- 14b SI NO ? ¿Has padecido alguna vez de escarlatina o de difteria? (Si no te acuerdas, lo más seguro es que no habrás padecido estas enfermedades.)
- 15c SI NO ? ¿Has tomado a veces la iniciativa para animar alguna reunión aburrida?
- 16a SI NO ? ¿Es tu madre una persona bastante dominante?
- 17d SI NO ? ¿Te ha parecido alguna vez como si alguien te hubiese influido o hipnotizado y te hiciese actuar en contra de tus deseos? (Si no entiendes bien esta pregunta es porque no te ha sucedido esto.)
- 18a SI NO ? ¿Te riñen tus padres frecuentemente sin que les hayas dado motivo para ello?
- 19c SI NO ? ¿Te pones nerviosa o azorada cuando tienes que entrar en un salón de actos u otro sitio donde se celebra una Asamblea y cuando tú llegas ya está todo el mundo sentado?
- 20d SI NO ? ¿Te sientes a menudo como si estuvieras sola aun cuando te encuentres con otras personas?
- 21a SI NO ? ¿Te parece a ti que en tu casa debía de existir un poco más de comprensión y de afecto?
- 22c SI NO ? ¿Te resulta difícil hablar sobre algún tema de tus estudios o aficiones ante tus compañeras de clase?
- 23b SI NO ? ¿Tienes frecuentemente dolores de cabeza?
- 24a SI NO ? ¿Las relaciones que tienes con tu padre son generalmente cordiales?
- 25b SI NO ? ¿Tienes a menudo dificultad para conciliar el sueño, aun cuando no haya ruidos a tu alrededor que puedan molestarte?
- 26c SI NO ? Cuando vas en un autobús o en un tren, ¿entablas alguna vez conversación con los otros viajeros?
- 27b SI NO ? ¿Te sientes frecuentemente muy cansada al finalizar el día?
- 28d SI NO ? Pensar en la posibilidad de que se desencadene un terremoto o un incendio, ¿te produce como un nerviosismo interior?
- 29b SI NO ? ¿Has perdido peso durante los últimos meses?
- 30a SI NO ? ¿Alguno de tus padres te obliga a que le obedezcas, te mande lo que te mande?
- 31c SI NO ? ¿Te resulta fácil solicitar ayuda de otras personas?
- 32a SI NO ? ¿Ha ocurrido alguna enfermedad o muerte a alguno de tus familiares más cercanos, a consecuencia de la cual la vida de tu hogar es actualmente triste?
- 33b SI NO ? ¿Has sufrido alguna herida o lesión importante a consecuencia de algún accidente?
- 34a SI NO ? ¿En tu casa pasáis por dificultades económicas hasta el punto de que el ambiente que se respira en el hogar es de preocupación?
- 35d SI NO ? ¿Se te saltan las lágrimas con facilidad?
- 36c SI NO ? ¿Te consideras una persona tímida y quisieras no serlo?
- 37a SI NO ? ¿Alguno de tus padres te riñe frecuentemente por tu mala conducta?
- 38b SI NO ? ¿Has sufrido alguna operación quirúrgica importante?
- 39c SI NO ? ¿Te sientes segura de ti misma cuando se te sugiere que seas tú la que lance una idea para que sirva de tema de discusión entre un grupo de compañeras?
- 40d SI NO ? Cuando has visto una serpiente, ¿has sentido interiormente una intensa sensación de pánico?
- 41a SI NO ? ¿Te dicen frecuentemente tus padres que no les gusta la clase de amigas que tienes?
- 42d SI NO ? ¿Pierdes a menudo las cosas por no prestar atención en dónde las dejas?
- 43b SI NO ? ¿Tienes catarros frecuentemente?
- 44c SI NO ? ¿Te gusta ser la que trace los planes y tome la dirección de las actividades de un grupo de muchachas?
- 45d SI NO ? ¿Te da miedo la obscuridad?
- 46a SI NO ? ¿Se enoja contigo en seguida alguno de tus padres?
- 47b SI NO ? ¿Padeces gripe con más frecuencia que la mayor parte de tus conocidos?
- 48d SI NO ? ¿Te sientes desanimada a consecuencia de las malas notas que generalmente sacas en clase?
- 49c SI NO ? ¿Te resulta difícil entablar conversación con una persona que te acaban de presentar?

- 50b SI NO ? ¿Has tenido dos o más enfermedades importantes durante los últimos 10 años? (Enfermedades graves o que te hayan obligado a guardar cama durante varias semanas.)
- 51a SI NO ? ¿Estás casi siempre en desacuerdo con la forma en que enfoca las cuestiones de casa alguno de tus padres?
- 52d SI NO ? ¿Te gustaría sentirte tan feliz y optimista como parecen estarlo otras personas de tu edad?
- 53c SI NO ? ¿Te pasa a menudo que cuando te preguntan en clase te quedas cortada, sin saber qué contestar, a pesar de saber cuál es la respuesta, por culpa de ese nerviosismo que sientes cuando tienes que hablar en clase?
- 54b SI NO ? ¿Te sientes a menudo molesta por perturbaciones en el funcionamiento de tu estómago o de tus intestinos?
- 55a SI NO ? ¿Se han producido más de una vez enfados entre tus familiares más cercanos, habiéndose dejado de hablar entre sí durante algunas semanas o incluso por más tiempo?
- 56c SI NO ? ¿Te resulta fácil entablar amistad con muchachos de edad parecida a la tuya?
- 57d SI NO ? ¿Te desanimas fácilmente?
- 58b SI NO ? ¿Sientes con frecuencia vértigos o bien padeces de ausencias? (Quedarte como "encantada", sin darte cuenta de lo que pasa a tu alrededor.)
- 59a SI NO ? ¿Te peleas frecuentemente con tus hermanas o hermanos?
- 60d SI NO ? ¿Te lamentas a menudo de las cosas que haces?
- 61c SI NO ? Si estás invitada a algún banquete, ¿prefieres abstenerse de tomar algo antes que pedirselo al camarero?
- 62a SI NO ? ¿Crees que tus padres todavía no se han dado cuenta de que ya vas siendo lo suficiente mayor para que te dejen de tratar como a una niña?
- 63b SI NO ? ¿Se te cansa la vista con facilidad?
- 64d SI NO ? ¿Has sentido a veces como miedo de poder caer cuando te encontrabas en un sitio alto?
- 65c SI NO ? ¿Has actuado en algunas ocasiones ante otros grupos de personas? (Por ej.: como jugadora deportiva, actriz teatral o charlista, etc.)
- 66b SI NO ? ¿Te sientes frecuentemente cansada cuando te levantas por la mañana? (A pesar de haber dormido un suficiente número de horas.)
- 67a SI NO ? ¿Te parece que tus padres son o han sido demasiado severos contigo?
- 68d SI NO ? ¿Te enfadas con facilidad?
- 69b SI NO ? ¿Has necesitado que te visitaran los médicos con bastante frecuencia?
- 70c SI NO ? ¿Te resulta muy difícil hablar en público?
- 71d SI NO ? ¿A menudo tienes la impresión de que eres una persona muy poco feliz?
- 72a SI NO ? ¿Alguno de tus padres tiene costumbres o modales que te desagradan?
- 73d SI NO ? ¿Te sientes a menudo preocupada a causa de tus sentimientos de inferioridad?
- 74b SI NO ? ¿Te sientes como cansada la mayor parte de las horas del día?
- 75d SI NO ? ¿Te consideras a ti misma más bien como una persona nerviosa?
- 76c SI NO ? ¿Te gusta asistir a reuniones sociales? (Clubs, fiestas, etc.)
- 77d SI NO ? ¿Te sientes a menudo disgustada a consecuencia de tu aspecto exterior? (Apariencia física, formas o clases de vestidos, etc.)
- 78a SI NO ? ¿Quieres más a tu madre que a tu padre?
- 79b SI NO ? ¿Tienes frecuentemente cortes de digestión?
- 80c SI NO ? Si desearas algo de una persona a la que apenas conoces, ¿preferirías solicitárselo mediante una nota o una carta antes que ir a pedirselo personalmente?
- 81d SI NO ? ¿Te ruborizas con facilidad?
- 82a SI NO ? ¿Te ves obligada de vez en cuando a callarte o a marcharte a otra habitación con la finalidad de que haya paz y tranquilidad en tu hogar?
- 83c SI NO ? ¿Te sientes como muy empujueñecida en presencia de personas a las que admiras, pero a las que apenas conoces?
- 84b SI NO ? ¿Tienes frecuentemente anginas o laringitis?
- 85d SI NO ? ¿Tienes algunas veces un sentimiento como de perplejidad presentándose las cosas como si fueran irreales? (Si no comprendes esta pregunta es porque no debe sucederte esto.)
- 86a SI NO ? ¿El comportamiento de alguno de tus padres ha llegado a producirte en ocasiones verdadero miedo?
- 87b SI NO ? ¿Tienes frecuentemente náuseas, vómitos o diarreas?
- 88c SI NO ? ¿Has sido algunas veces jefe de algún grupo? (En actividades deportivas, excursionismo, representaciones artísticas, clases, etcétera.)
- 89d SI NO ? ¿Te sientes ofendida con facilidad?
- 90b SI NO ? ¿Generalmente padeces de estreñimiento?
- 91c SI NO ? ¿Algunas veces (por ejemplo, más de 5 ó 6) has cambiado de acera para evitar encontrarte con alguna persona?
- 92a SI NO ? ¿Has tenido en ocasiones sentimientos contradictorios de afecto y de antipatía, por ejemplo, hacia alguna persona de tu propia familia?
- 93c SI NO ? Si llegas tarde a alguna reunión en la que hay mucha gente, ¿prefieres quedarte de pie o irte, antes que pasar adelante e ir a sentarte en los pocos sitios vacíos de las primeras filas?
- 94b SI NO ? Durante tu infancia, ¿te ponías enferma con bastante frecuencia?
- 95d SI NO ? ¿Piensas a menudo que tus proyectos te saldrán mal y te sientes preocupada por ello?
- 96c SI NO ? ¿Haces amigas con facilidad?
- 97a SI NO ? ¿Generalmente te compenetras con la forma de pensar de tu madre?

- 98d SI NO ? ¿Con alguna frecuencia te preocupa la idea de que la gente pueda leer tus pensamientos?
- 99b SI NO ? ¿Tienes frecuentemente dificultad para respirar por la nariz?
- 100c SI NO ? ¿Eres frecuentemente una de las muchachas a las que se presta más atención cuando te encuentras entre un grupo de personas?
- 101a SI NO ? ¿Se pone colérico con facilidad alguno de tus padres?
- 102b SI NO ? ¿Sientes de vez en cuando como pinchazos fuertes en la cabeza?
- 103a SI NO ? Generalmente, ¿han estado siempre bien cubiertas en tu casa todas las necesidades materiales? (Es decir, si ha habido lo suficiente para poder comer y vestir y pagar todos los restantes gastos generales de la vida.)
- 104c SI NO ? ¿Prefieres tener unas pocas buenas amigas en vez de muchas amigas corrientes?
- 105a SI NO ? ¿Responde tu padre al ideal que tú te has forjado de lo que debe ser un caballero?
- 106d SI NO ? ¿Te resulta molesto darte cuenta de que la gente te observa cuando vas por la calle?
- 107b SI NO ? ¿Eres más pequeña de estatura de lo que suele ser normal a tu edad?
- 108a SI NO ? ¿Alguno de tus padres critica frecuentemente tu aspecto exterior, hasta el punto de haberte sentido molesta por ello?
- 109d SI NO ? ¿Te resulta muy desagradable que te hagan reproches?
- 110c SI NO ? ¿Te sientes azorada si, cuando estás entre un grupo de personas, tienes que pedir permiso para marcharte?
- 111b SI NO ? ¿Te sientas frecuentemente a la mesa sin tener apetito?
- 112a SI NO ? ¿Se han separado tus padres durante algún tiempo?
- 113d SI NO ? ¿Te encuentras a menudo como si sintieras por dentro una especie de nerviosismo?
- 114c SI NO ? Cuando estás con otras personas de tu edad, ¿tiendes a ocupar un segundo plano?
- 115b SI NO ? ¿Usas o has tenido que usar durante algún tiempo gafas?
- 116d SI NO ? ¿Te vienen a veces a la cabeza pensamientos absurdos, que no te los puedes quitar de la imaginación, a pesar de que tú misma te das cuenta de su absurdidad?
- 117a SI NO ? ¿Te han castigado frecuentemente tus padres en el período de tu vida comprendido entre los diez y los quince años de edad?
- 118c SI NO ? ¿Te pones azorada cuando algún profesor te pregunta de repente en clase?
- 119b SI NO ? ¿Te gusta cuidar minuciosamente de tu salud?
- 120d SI NO ? ¿Te pones azorada con facilidad?
- 121a SI NO ? ¿Estás en desacuerdo con tus padres acerca de la clase de estudios o profesión que te gustaría seguir o que ya sigues?
- 122c SI NO ? ¿Te resulta difícil mantener una conversación con una persona a la que apenas conoces?
- 123d SI NO ? Tras haber sufrido una situación humillante, ¿te quedas muy preocupada durante bastante tiempo?
- 124b SI NO ? ¿Faltas a clase con cierta frecuencia por encontrarte enferma?
- 125d SI NO ? ¿Algunas veces te has asustado mucho por algo que ya de antemano sabías que era inofensivo? (Por ejemplo, una sombra, un portazo, etc.)
- 126a SI NO ? ¿Alguno de tus padres es muy nervioso?
- 127c SI NO ? ¿Te gusta asistir a fiestas y reuniones a las que acuden muchas personas?
- 128d SI NO ? ¿Tienes altibajos en tu humor sin una razón aparente?
- 129b SI NO ? ¿Tienes algunos dientes o muelas que tú crees necesitan ser revisados por un dentista?
- 130c SI NO ? ¿Te sientes segura de ti misma cuando tienes que hablar ante la clase?
- 131a SI NO ? ¿Te parece que alguno de tus padres ejerce sobre ti un dominio excesivo?
- 132d SI NO ? ¿Te dan a menudo las ideas tantas vueltas por la cabeza que te impiden dormir normalmente?
- 133b SI NO ? ¿Has tenido alguna enfermedad o dolencia del corazón, de los pulmones o de los riñones?
- 134a SI NO ? ¿Tienes frecuentemente la impresión de que tus padres no te comprenden bien?
- 135c SI NO ? Cuando el profesor pide voluntarias para dar las lecciones, ¿generalmente no te levantas porque empiezas a dudar sobre si contestarás bien o no?
- 136d SI NO ? ¿Te produce cierta inquietud quedarte sola en algún sitio muy oscuro?
- 137b SI NO ? ¿Has tenido alguna vez enfermedades de la piel, como muchos granos, forúnculos, erupciones, etc.?
- 138a SI NO ? ¿Tienes la impresión de que la mayor parte de tus amigas disfrutan de un hogar más feliz que el tuyo?
- 139b SI NO ? ¿Tardan bastante tiempo en curarse tus resfriados?
- 140c SI NO ? ¿Te pones azorada al entrar en una habitación en la que hay un grupo de personas sentadas en animada conversación?

CUESTIONARIO DE ADAPTACIÓN  
PARA ADOLESCENTES

*"The adjustment inventory"*

por HUGH M. BELL

Adaptación y normalización española: ENRIQUE CERDÁ

*Con el permiso de Stanford University Press, Stanford, California. Copyright 1934 by the Board of Trustees of the Leland Stanford Junior University. All rights reserved*

INSTRUCCIONES

Estamos seguros de que tú tienes un verdadero interés en conocerte un poco mejor a ti mismo. Pues bien, si tú contestas con sinceridad a las preguntas que encontrarás en las páginas siguientes, podremos ayudarte a que te conozcas mejor.

No hay respuestas buenas ni malas. Señala tu respuesta a cada pregunta haciendo un círculo alrededor de "SI", "NO" o "?", según sea tu respuesta.

Por ejemplo, en la pregunta:  
96c SI NO ? — ¿Haces amigos con facilidad?

si respondes afirmativamente, rodearás el SI con un círculo.

Así. 

Debes responder siempre que te sea posible "SI" o "NO" y únicamente rodearás la interrogación en aquellos casos en que estés completamente seguro de no poder responder "SI" o "NO".

No hay límite de tiempo, pero procura contestar al cuestionario tan rápidamente como te sea posible. Si no vives en casa de tus padres, las preguntas que hagan referencia a tu hogar contéstalas en relación a las personas con las que convivas.

Si no entiendes algo, haz el favor de avisarnos y te lo aclararemos, pero, por favor, no te muevas del sitio ni distraigas a tus compañeros.

Ahora escribe aquí tu NOMBRE y tus APELLIDOS: \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Colegio de \_\_\_\_\_

¿Qué estudias actualmente? \_\_\_\_\_ fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Aquí debajo no tienes que escribir nada.

S	P	D	R
a			
b			
c			
d			

Administrado por \_\_\_\_\_

Evaluated por \_\_\_\_\_

- 1d SI NO ? ¿Te gusta "soñar despierto" con frecuencia? (Es decir, si te gusta dejar correr tu fantasía.)
- 2b SI NO ? ¿Te resfrías con bastante más facilidad que otras personas?
- 3c SI NO ? ¿Te gusta acudir a sitios donde hay muchas personas, precisamente para poder estar con otras personas?
- 4d SI NO ? ¿Te produce una especie de inquietud interior el hecho de que tengas que ir a la consulta de un médico para que diagnostique qué es lo que te pasa?
- 5c SI NO ? Cuando vas a alguna reunión, ¿te gusta acercarte a saludar a alguna de las personas más importantes que hayan asistido a la misma?
- 6b SI NO ? ¿Son tus ojos muy sensibles a la luz? (Es decir, si te "deslumbras" o se te irritan los ojos fácilmente.)
- 7a SI NO ? ¿Has sentido algunas veces un fuerte deseo de marcharte de casa?
- 8c SI NO ? Cuando estás en una reunión o con un grupo de amigos, ¿te gusta ser tú el encargado de presentar unos a otros?
- 9a SI NO ? ¿Tienes algunas veces la impresión de que has sido una decepción para tus padres?
- 10d SI NO ? ¿Tienes tendencia a estar frecuentemente abstraído? (Es decir, a "estar en la luna".)
- 11b SI NO ? ¿Has tenido alguna vez asma?
- 12c SI NO ? ¿Te pasa a menudo que te resulta muy difícil acordarte de aquella anécdota o aquel chiste que encajaría perfectamente en el curso de la conversación que estás llevando a cabo con tu grupo de amigos?
- 13a SI NO ? ¿Te resulta poco agradable tener que decir cuál es la profesión u ocupación que desempeña tu padre?
- 14b SI NO ? ¿Has padecido alguna vez de escarlatina o de difteria? (Si no te acuerdas, lo más seguro es que no habrás padecido estas enfermedades.)
- 15c SI NO ? ¿Has tomado a veces la iniciativa para animar alguna reunión aburrida?
- 16a SI NO ? ¿Es tu madre una persona bastante dominante?
- 17d SI NO ? ¿Te ha parecido sentir alguna vez como si alguien te hubiese influido o hipnotizado y te hiciese actuar en contra de tus deseos? (Si no entiendes bien esta pregunta, es porque no te ha sucedido esto.)
- 18a SI NO ? ¿Te ríen tus padres frecuentemente sin que les hayas dado motivo para ello?
- 19c SI NO ? ¿Te pones nervioso o azorado cuando tienes que entrar en un Salón de Actos u otro sitio donde se celebra una Asamblea y cuando tú llegas ya está todo el mundo sentado?
- 20d SI NO ? ¿Te sientes a menudo como si estuvieras solo aun cuando te encuentres con otras personas?
- 21a SI NO ? ¿Te parece a ti que en tu casa debía de existir un poco más de comprensión y de afecto?
- 22c SI NO ? ¿Te resulta difícil hablar sobre algún tema de tus estudios o aficiones ante tus compañeros de clase?
- 23b SI NO ? ¿Tienes frecuentemente dolores de cabeza?
- 24a SI NO ? ¿Las relaciones que tienes con tu padre son generalmente cordiales?
- 25b SI NO ? ¿Tienes a menudo dificultad para conciliar el sueño, aun cuando no haya ruidos a tu alrededor que puedan molestarte?
- 26c SI NO ? Cuando vas en un autobús o en un tren, ¿entablas de vez en cuando conversación con los otros viajeros?
- 27b SI NO ? ¿Te sientes frecuentemente muy cansado al finalizar el día?
- 28d SI NO ? Pensar en la posibilidad de que se desencadene un terremoto o un incendio, ¿te produce como un nerviosismo interior?
- 29b SI NO ? ¿Has perdido peso durante los últimos meses?
- 30a SI NO ? ¿Alguno de tus padres te obliga a que le obedezcas, te mande lo que te mande?
- 31c SI NO ? ¿Te resulta fácil solicitar la ayuda de otras personas?
- 32a SI NO ? ¿Ha ocurrido alguna enfermedad o muerte a alguno de tus familiares más cercanos a consecuencia de la cual la vida dentro de tu hogar es actualmente triste?
- 33b SI NO ? ¿Has sufrido alguna herida o lesión importante a consecuencia de algún accidente?
- 34a SI NO ? ¿En tu casa pasáis por dificultades económicas hasta el punto de que el ambiente que se respira en el hogar es de preocupación?
- 35d SI NO ? ¿Se te saltan las lágrimas con facilidad?
- 36c SI NO ? ¿Te consideras una persona tímida y quisieras no serlo?
- 37a SI NO ? ¿Alguno de tus padres te ríe frecuentemente por tu mala conducta?
- 38b SI NO ? ¿Has sufrido alguna operación quirúrgica importante?
- 39c SI NO ? ¿Te sientes seguro de ti mismo cuando se te sugiere que seas tú el que lances una idea para que sirva de tema de discusión entre un grupo de compañeros?
- 40d SI NO ? Cuando has visto alguna serpiente, ¿has sentido interiormente una intensa sensación de pánico?
- 41a SI NO ? ¿Te dicen frecuentemente tus padres que no les gusta la clase de amigos que tienes?
- 42d SI NO ? ¿Pierdes a menudo las cosas por no prestar atención en dónde las dejas?
- 43b SI NO ? ¿Tienes catarros frecuentemente?
- 44c SI NO ? ¿Te gusta ser tú quien trace los planes y tome la dirección de las actividades de un grupo de muchachos?
- 45d SI NO ? ¿Te da miedo la obscuridad?
- 46a SI NO ? ¿Se enoja contigo en seguida alguno de tus padres?
- 47b SI NO ? ¿Padeces gripe con más frecuencia que la mayor parte de tus conocidos?
- 48d SI NO ? ¿Te sientes desanimado como consecuencia de las malas notas que generalmente sacas en clase?
- 49c SI NO ? ¿Te resulta difícil entablar conversación con una persona que te acaban de presentar?

- 50b SI NO ? ¿Has tenido dos o más enfermedades importantes durante los últimos diez años? (Enfermedades graves o que te hayan obligado a guardar cama durante varias semanas.)
- 51a SI NO ? ¿Estás casi siempre en desacuerdo con la forma en que enfoca las cuestiones de casa alguno de tus padres?
- 52d SI NO ? ¿Te gustaría sentirte tan feliz y optimista como parecen estarlo otras personas de tu edad?
- 53c SI NO ? ¿Te pasa a menudo que cuando te preguntan en clase, te quedas cortado sin saber qué contestar, a pesar de saber cuál es la respuesta, por culpa de ese nerviosismo que sientes cuando tienes que hablar en clase?
- 54b SI NO ? ¿Te sientes a menudo molesto por perturbaciones en el funcionamiento de tu estómago o de tus intestinos?
- 55a SI NO ? ¿Se han producido más de una vez enfados entre tus familiares más cercanos, habiéndose dejado de hablar entre sí durante algunas semanas o incluso por más tiempo?
- 56c SI NO ? ¿Te resulta fácil entablar amistad con muchachas de edad parecida a la tuya?
- 57d SI NO ? ¿Te desanimas fácilmente?
- 58b SI NO ? ¿Sientes con frecuencia vértigos o bien padeces de ausencias? (Quedarte como "encantado" sin darte cuenta de lo que pasa a tu alrededor.)
- 59a SI NO ? ¿Te peleas frecuentemente con tus hermanas o hermanos?
- 60d SI NO ? ¿Te lamentas a menudo de las cosas que haces?
- 61c SI NO ? Si estás invitado a algún banquete, ¿prefieres abstenerse de tomar algo antes de pedirselo al camarero?
- 62a SI NO ? ¿Crees que tus padres todavía no se han dado cuenta de que ya vas siendo lo suficientemente mayor como para que te dejen de tratar como a un niño?
- 63b SI NO ? ¿Se te cansa la vista con facilidad?
- 64d SI NO ? ¿Has sentido a veces como miedo de poder caer, cuando te encontrabas en un sitio alto?
- 65c SI NO ? ¿Has actuado en algunas ocasiones ante otros grupos de personas? (Por ejemplo: como jugador deportivo o actor teatral, o charlista, etc.)
- 66b SI NO ? ¿Te sientes frecuentemente cansado cuando te levantas por la mañana? (A pesar de haber dormido un suficiente número de horas.)
- 67a SI NO ? ¿Te parece que tus padres han sido o son demasiado severos contigo?
- 68d SI NO ? ¿Te enfadas con facilidad?
- 69b SI NO ? ¿Has necesitado que te visiten los médicos con bastante frecuencia?
- 70c SI NO ? ¿Te resulta muy difícil hablar en público?
- 71d SI NO ? ¿A menudo tienes la impresión de que eres una persona muy poco feliz?
- 72a SI NO ? ¿Alguno de tus padres tiene costumbres o modales que te desagradan?
- 73d SI NO ? ¿Te sientes a menudo preocupado a causa de tus sentimientos de inferioridad?
- 74b SI NO ? ¿Te sientes como cansado la mayor parte de las horas del día?
- 75d SI NO ? ¿Te consideras a ti mismo más bien como una persona nerviosa?
- 76c SI NO ? ¿Te gusta asistir a reuniones sociales? (Clubs, fiestas, etc.)
- 77d SI NO ? ¿Te sientes a menudo disgustado a consecuencia de tu aspecto exterior? (Apariencia física, formas o clases de trajes, etc.)
- 78a SI NO ? ¿Quieres más a tu madre que a tu padre?
- 79b SI NO ? ¿Tienes frecuentemente cortes de digestión?
- 80c SI NO ? Si tú desearas algo de una persona a la que apenas conoces, ¿preferirías solicitarlo mediante una nota o una carta antes que ir a pedirselo personalmente?
- 81d SI NO ? ¿Te ruborizas con facilidad?
- 82a SI NO ? ¿Te ves obligado de vez en cuando a callarte o a marcharte a otra habitación con la finalidad de que haya paz y tranquilidad en tu hogar?
- 83c SI NO ? ¿Te sientes como muy empequeñecido en presencia de personas a las que tú admiras, pero a las que apenas conoces?
- 84b SI NO ? ¿Tienes frecuentemente anginas o laringitis?
- 85d SI NO ? ¿Tienes algunas veces un sentimiento como de perplejidad presentándosete entonces las cosas como si fueran irrealas? (Si no comprendes esta pregunta, es porque no te debe suceder esto.)
- 86a SI NO ? ¿El comportamiento de alguno de tus padres ha llegado a producirte en ocasiones verdadero miedo?
- 87b SI NO ? ¿Tienes frecuentemente náuseas, vómitos o diarreas?
- 88c SI NO ? ¿Has sido algunas veces jefe de algún grupo? (En actividades deportivas, excursionismo, representaciones artísticas, clases, etcétera.)
- 89d SI NO ? ¿Te sientes ofendido con facilidad?
- 90b SI NO ? ¿Generalmente padeces de estreñimiento?
- 91c SI NO ? ¿Algunas veces (por ej.: más de 5 ó 6) has cambiado de acera para evitar encontrarte con alguna persona?
- 92a SI NO ? ¿Has tenido en ocasiones sentimientos contradictorios de afecto y de antipatía, por ejemplo, hacia alguna persona de tu propia familia?
- 93c SI NO ? Si llegas tarde a alguna reunión en la que hay mucha gente, ¿prefieres quedarte de pie o irte, antes que pasar adelante e ir a sentarte en los pocos sitios vacíos de las primeras filas?
- 94b SI NO ? ¿Durante tu infancia te ponías enfermo con bastante frecuencia?
- 95d SI NO ? ¿Piensas a menudo que tus proyectos te saldrán mal y te sientes preocupado por ello?
- 96c SI NO ? ¿Haces amigos con facilidad?
- 97a SI NO ? ¿Generalmente te compenetras con la forma de pensar de tu madre?



- 98d SI NO ? ¿Con alguna frecuencia te preocupa la idea de que la gente pueda leer tus pensamientos?
- 99b SI NO ? ¿Tienes frecuentemente dificultad para respirar por la nariz?
- 100c SI NO ? ¿Eres frecuentemente uno de los muchachos a los que se presta más atención cuando te encuentras entre un grupo de personas?
- 101a SI NO ? ¿Se pone colérico con facilidad alguno de tus padres?
- 102b SI NO ? ¿Sientes de vez en cuando como pinchazos fuertes en la cabeza?
- 103a SI NO ? ¿Generalmente han estado siempre en tu casa bien cubiertas todas vuestras necesidades materiales? (Es decir, si ha habido lo suficiente para poder comer y vestir y pagar todos los restantes gastos generales de la vida.)
- 104c SI NO ? ¿Prefieres tener unos pocos buenos amigos en vez de muchos amigos corrientes?
- 105a SI NO ? ¿Responde tu padre al ideal que tú te has forjado de lo que debe de ser un caballero?
- 106d SI NO ? ¿Te resulta molesto darte cuenta de que la gente te observa cuando vas por la calle?
- 107b SI NO ? ¿Eres más pequeño de estatura de lo que suele ser normal a tu edad?
- 108a SI NO ? ¿Alguno de tus padres critica frecuentemente tu aspecto exterior, hasta el punto de haberte sentido molesto por ello?
- 109d SI NO ? ¿Te resulta muy desagradable que te hagan reproches?
- 110c SI NO ? ¿Te sientes azorado si, cuando estás entre un grupo de personas, tienes que pedir permiso para marcharte?
- 111b SI NO ? ¿Te sientas frecuentemente a la mesa sin tener apetito?
- 112a SI NO ? ¿Se han separado tus padres durante algún tiempo?
- 113d SI NO ? ¿Te encuentras a menudo como si sintieras por dentro una especie de nerviosismo?
- 114c SI NO ? ¿Cuando estás con otras personas de tu edad, ¿tienes a ocupar un segundo plano?
- 115b SI NO ? ¿Usas o has tenido que usar durante algún tiempo gafas?
- 116d SI NO ? ¿Te vienen a veces a la cabeza pensamientos absurdos, que no te los puedes quitar de la imaginación a pesar de que tú mismo te das cuenta de su absurdidad?
- 117a SI NO ? ¿Te han castigado frecuentemente tus padres en el periodo de tu vida comprendido entre los diez y los quince años de edad?
- 118c SI NO ? ¿Te pones azorado cuando algún profesor te pregunta de repente en clase?
- 119b SI NO ? ¿Te gusta cuidar minuciosamente de tu salud?
- 120d SI NO ? ¿Te pones azorado con facilidad?
- 121a SI NO ? ¿Estás en desacuerdo con tus padres acerca de la clase de estudios o profesión que te gustaría seguir o que ya sigues?
- 122c SI NO ? ¿Te resulta difícil mantener una conversación con una persona a la que apenas conoces?
- 123d SI NO ? ¿Tras haber sufrido una situación humillante, ¿te quedas muy preocupado durante bastante tiempo?
- 124b SI NO ? ¿Faltas a clase con cierta frecuencia por encontrarte enfermo?
- 125d SI NO ? ¿Algunas veces te has asustado mucho por algo que de antemano sabías ya que era inofensivo? (Por ejemplo, una sombra, un portazo, etc.)
- 126a SI NO ? ¿Alguno de tus padres es muy nervioso?
- 127c SI NO ? ¿Te gusta asistir a fiestas y reuniones a las que acuden muchas personas?
- 128d SI NO ? ¿Tienes altibajos en tu humor sin una razón aparente?
- 129b SI NO ? ¿Tienes algunos dientes o muelas que tú crees necesitan ser revisados por un dentista?
- 130c SI NO ? ¿Te sientes seguro de ti mismo cuando tienes que hablar ante la clase?
- 131a SI NO ? ¿Te parece que alguno de tus padres ejerce sobre ti un dominio excesivo?
- 132d SI NO ? ¿Te dan a menudo las ideas tantas vueltas por la cabeza que te impiden dormir normalmente?
- 133b SI NO ? ¿Has tenido alguna enfermedad o dolencia del corazón, de los riñones o de los pulmones?
- 134a SI NO ? ¿Tienes frecuentemente la impresión de que tus padres no te comprenden bien?
- 135c SI NO ? ¿Cuando el profesor pide voluntarios para dar la lección, ¿generalmente no te levantas porque empiezas a dudar sobre si contestarás bien o no?
- 136d SI NO ? ¿Te produce cierta inquietud quedarte solo en algún sitio muy oscuro?
- 137b SI NO ? ¿Has tenido alguna vez enfermedades de la piel, tales como muchos granos, forúnculos, erupciones, etc.?
- 138a SI NO ? ¿Tienes la impresión de que la mayor parte de tus amigos disfrutan de un hogar más feliz que el tuyo?
- 139b SI NO ? ¿Tardas bastante tiempo en que se te curen los resfriados?
- 140c SI NO ? ¿Te pones azorado al entrar en una habitación en la que hay un grupo de personas sentadas en animada conversación?

## INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Este es un cuestionario en el que hay cuatro afirmaciones. Por favor, lee íntegro el grupo de afirmaciones de cada apartado y escoje la respuesta de cada grupo que mejor describa cómo te sientes hoy. Haz una cruz en el círculo de cada afirmación que elijas.

- 1 -    ☐ No me encuentro triste.  
          ☐ Me siento triste o melancólico.  
          ☐ Constantemente estoy triste o melancólico pero puedo superarlo.  
          ☐ Me siento tan triste e infeliz que no puedo resistirlo.
  
- 2 -    ☐ No estoy particularmente pesimista ni desalentado respecto al futuro.  
          ☐ Me siento desanimado respecto al futuro.  
          ☐ No tengo nada que esperar del futuro.  
          ☐ No tengo ninguna esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar.
  
- 3 -    ☐ No me siento fracasado.  
          ☐ Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.  
          ☐ Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que veo son un montón de fracasos.  
          ☐ Creo que como persona soy un auténtico fracasado.
  
- 4 -    ☐ No estoy particularmente descontento.  
          ☐ No disfruto de las cosas como antes.  
          ☐ No encuentro satisfacción en nada.  
          ☐ Me siento descontento de todo.
  
- 5 -    ☐ No me siento particularmente culpable.  
          ☐ Me siento malo e indigno muchas veces.  
          ☐ Me siento culpable.  
          ☐ Pienso que soy muy malo e indigno.

- 6 -
  - ☐ No me siento decepcionado conmigo mismo.
  - ☐ Estoy decepcionado conmigo mismo.
  - ☐ Estoy disgustado conmigo mismo.
  - ☐ Me odio
- 7 -
  - ☐ No tengo pensamientos de dañarme.
  - ☐ Creo que estaría mejor muerto.
  - ☐ Tengo planes precisos para suicidarme.
  - ☐ Me mataría si tuviese ocasión.
- 8 -
  - ☐ No he perdido el interés por los demás.
  - ☐ Estoy menos interesado en los demás que antes.
  - ☐ He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos.
  - ☐ He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto.
- 9 -
  - ☐ Tomo mis decisiones con la misma facilidad que antes.
  - ☐ Trato de no tener que tomar decisiones.
  - ☐ Tengo grandes dificultades para tomar decisiones.
  - ☐ Ya no puede tomar decisiones.
- 10-
  - ☐ No creo que mi aspecto haya empeorado.
  - ☐ Estoy preocupado porque me veo viejo y poco atractivo.
  - ☐ Creo que mi aspecto empeora constantemente quitándome atractivo.
  - ☐ Siento que mi aspecto es feo y repulsivo.
- 11-
  - ☐ Puedo estudiar igual de bien que antes.
  - ☐ Me cuesta un esfuerzo especial el empezar a hacer algo.
  - ☐ Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa.
  - ☐ No puedo realizar ninguna cosa.
- 12-
  - ☐ No me canso más que antes.
  - ☐ Me canso más fácilmente que antes.
  - ☐ Me canso por cualquier cosa.
  - ☐ Me canso demasiado por hacer cualquier cosa.
- 13-
  - ☐ Mi apetito no es peor de lo normal.
  - ☐ Mi apetito no es tan bueno como antes.
  - ☐ Mi apetito es ahora mucho peor que antes.
  - ☐ He perdido totalmente el apetito.

## C.E.D.I. II (11 - 16 AÑOS)

Lee íntegro el grupo de cuatro afirmaciones de cada apartado y elige la respuesta que mejor describa cómo te sientes hoy. Haz una cruz en el círculo de cada afirmación que elijas.

- A- ☐ Puedo dormir tan bien como siempre.  
☐ No duermo tan bien como antes.  
☐ Me despierto hasta una o dos horas más temprano de lo usual y me cuesta trabajo volver a dormirme.  
☐ Me despierto hasta varias horas más temprano de lo que acostumbro y no puedo volver a dormirme.
- B- ☐ Mi apetito no es peor que antes.  
☐ Mi apetito no es tan bueno como antes.  
☐ Mi apetito es mucho peor ahora.  
☐ Últimamente no tengo nada de apetito.
- C- ☐ No estoy más irritable de lo acostumbrado.  
☐ Me molesto o irrito más fácilmente que antes.  
☐ Últimamente me siento irritable todo el tiempo.  
☐ No me irritan en absoluto las cosas que acostumbraban a irritarme.
- D- ☐ No he perdido el interés en otras personas.  
☐ Estoy menos interesado en otras personas en comparación a como lo estaba antes.  
☐ He perdido la mayor parte de mi interés en otras personas.  
☐ He perdido todo el interés en otras personas.
- E- ☐ Yo no me siento un fracasado.  
☐ Pienso que he fracasado más que las demás personas.  
☐ Pienso que mi vida ha sido una acumulación de fracasos.  
☐ Siento que soy un fracaso completamente como persona.
- F- ☐ No suelo sentirme más cansado de lo normal.  
☐ Me canso con mayor facilidad que antes.  
☐ Me canso casi por cualquier cosa.  
☐ Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa, no puedo hacer nada sin cansarme.
- G- ☐ Puedo trabajar tan bien como siempre.  
☐ Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.  
☐ Tengo que hacer un esfuerzo demasiado grande para realizar cualquier cosa.  
☐ No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

- H- 0 No me siento triste.  
0 Me siento triste.  
0 Estoy triste casi todo el tiempo y no puedo evitarlo.  
0 Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.
- I- 0 Nunca he pensado en matarme.  
0 He pensado en matarme, pero no lo haría.  
0 Me gustaría matarme.  
0 Me mataría si tuviera una oportunidad.
- J- 0 No lloro más de lo normal.  
0 Ahora lloro más que antes.  
0 Ahora lloro todo el tiempo.  
0 Antes podía llorar pero ahora no puedo aunque quisiera.
- K- 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes.  
0 No disfruto de las cosas como antes.  
0 No obtengo una satisfacción verdadera de nada.  
0 Estoy descontento y aburrido de todo.
- L- 0 No me siento pesimista respecto al futuro.  
0 Me siento pesimista respecto al futuro.  
0 Siento que no puedo esperar nada del futuro.  
0 Siento que el futuro es para mí descorazonador y que las cosas no mejorarán.
- M- 0 No creo que me vea o luzca peor que antes.  
0 Me preocupa parecer más viejo o sin atractivo.  
0 Me siento como si hubiese cambios permanentes en mi aspecto que me hacen lucir con menos atractivo.  
0 Creo que mi aspecto es feo.
- N- 0 No estoy más preocupado por mi salud que antes.  
0 Estoy preocupado por problemas de salud física, dolores y molestias.  
0 Estoy muy preocupado por problemas de salud física y me es difícil pensar en otras cosas.  
0 Estoy tan preocupado con los problemas de tipo físico que no puedo pensar en nada más.
- O- 0 Me gusta ir al colegio.  
0 No me gusta mucho ir al colegio.  
0 Falto mucho al colegio sin necesidad de estar enfermo.  
0 No quiero ir al colegio.
- P- 0 No me siento particularmente culpable.  
0 Me siento culpable algunas veces.  
0 Me siento culpable muchas veces.  
0 Me siento culpable todo el tiempo.

## ESCALA SOBRE EL CONCEPTO DE MUERTE

C. R. PFEFFER

- 1.- ¿Has pensado alguna vez en la muerte?
  0. Nunca
  1. A veces
  2. A menudo
- 2.- ¿Has pensado alguna vez en la muerte de personas de tu familia?
  0. Nunca
  1. A veces
  2. A menudo
- 3.- ¿Has soñado alguna vez con gente muriendo?
  0. Nunca
  1. A veces
  2. A menudo
- 4.- ¿Sueñas alguna vez con que mueres?
  0. Nunca
  1. A veces
  2. A menudo
- 5.- ¿Sueñas con la muerte de tus familiares?
  0. Nunca
  1. A veces
  2. A menudo
- 6.- ¿Has pensado alguna vez en la muerte de algún ser muy querido?
  0. Nunca
  1. A veces
  2. A menudo
- 7.- ¿Has visto alguna vez un muerto?
  0. No
  1. Sí
- 8.- ¿Has estado alguna vez velando un muerto?
  0. No
  1. Sí

9.- ¿Has estado alguna vez en un funeral?

0. No                      1. Sí

10.- ¿Crees que la gente resucita después de morir?

0. No                      1. Sí

11.- ¿Crees que los animales resucitan?

0. No                      1. Sí

12.- ¿Crees que las personas van a un lugar mejor después de morir?

0. No                      1. Sí

13.- ¿Crees que las personas van a un lugar horrible después de morir?

0. No                      1. Sí

14.- ¿Crees que la muerte es agradable o desagradable?

- 1. Muy desagradable
- 2. Desagradable
- 3. Término medio
- 4. Algo agradable
- 5. Muy agradable

15.- ¿Crees que la muerte es definitiva o temporal?

- 1. Definitiva
- 2. Casi definitiva
- 3. Término medio
- 4. Algo temporal
- 5. Muy temporal

## ESCALA DE ACONTECIMIENTOS VITALES (12 - 18 AÑOS)

M. J. MARDOMINGO y S. GONZÁLEZ

Lee detenidamente las siguientes cuestiones y señala con una cruz si te ha sucedido alguna de ellas a lo largo del último año.

- 1- Muerte de uno de los padres .....\_\_
- 2- Abuso sexual del menor .....\_\_
- 3- Alcoholismo del padre o de la madre .....\_\_
- 4- Muerte de un familiar .....\_\_
- 5- Separación o divorcio de los padres .....\_\_
- 6- Toxicomanía de un miembro de la familia .....\_\_
- 7- Condena a prisión de uno de los padres .....\_\_
- 8- Enfermedad grave del adolescente .....\_\_
- 9- Enfermedad psiquiátrica de uno de los padres .....\_\_
- 10- Enfermedad grave de un miembro de la familia .....\_\_
- 11- Deficiente rendimiento escolar a lo largo del año .....\_\_
- 12- Aumento de las discusiones con los padres .....\_\_
- 13- Muerte de un amigo íntimo .....\_\_
- 14- Aumento de las discusiones entre los padres .....\_\_
- 15- Cambio de colegio .....\_\_
- 16- Nacimiento de un hermano .....\_\_
- 17- Abandono del hogar de un hermano .....\_\_
- 18- Abandono de los estudios .....\_\_
- 19- Problemas con un profesor .....\_\_
- 20- Cambio del nivel económico de los padres .....\_\_
- 21- Pérdida del trabajo de uno de los padres .....\_\_



- 22- Aumento del tiempo de ausencia del hogar de los padres..\_\_\_\_
- 23- Excelente éxito personal .....\_\_\_\_
- 24- Aumento de las discusiones con los hermanos .....\_\_\_\_
- 25- Traslado a un domicilio nuevo .....\_\_\_\_
- 26- Embarazo de una hermana soltera .....\_\_\_\_
- 27- Descenso en el número de discusiones entre los padres...\_\_\_\_
- 28- Descenso en el número de discusiones con los padres ....\_\_\_\_
- 29- Descenso en el número de discusiones con los hermanos ..\_\_\_\_
- 30- Enfermedad o lesión grave de un amigo íntimo .....\_\_\_\_
- 31- Nuevo trabajo del padre .....\_\_\_\_
- 32- Embarazo de la novia .....\_\_\_\_
- 33- Quedarse embarazada .....\_\_\_\_
- 34- Nuevo novio o novia .....\_\_\_\_
- 35- Suspender un curso .....\_\_\_\_
- 36- Tener un trabajo .....\_\_\_\_
- 37- Tener problemas con la policía .....\_\_\_\_
- 38- Romper las relaciones con el novio o novia .....\_\_\_\_
- 39- Reconciliación con el novio o novia .....\_\_\_\_
- 40- Aborto de la novia .....\_\_\_\_
- 41- Tener un aborto .....\_\_\_\_
- 42- Problemas con los compañeros de clase .....\_\_\_\_
- 43- Ir a la cárcel .....\_\_\_\_
- 44- Nuevo padrastro o madrastra .....\_\_\_\_
- 45- Inicio de relaciones sexuales .....\_\_\_\_
- 46- Falta de aceptación de la propia imagen corporal .....\_\_\_\_
- 47- Fuga del hogar .....\_\_\_\_

## CUESTIONARIO SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS

Nombre ..... Caso .....

Edad..... Núm Historia ..... Fecha .....

1.- Tabaco:	No consumo	0
	Consumo de prueba	1
	Consumo ocasional	2
	Consumo habitual	3

2.- Alcohol:	No consumo	0
	Consumo de prueba	1
	Consumo ocasional	2
	Consumo habitual	3

3.- Cannabis:	No consumo	0
	Consumo de prueba	1
	Consumo ocasional	2
	Consumo habitual	3

4.- Cocaína:	No consumo	0
	Consumo de prueba	1
	Consumo ocasional	2
	Consumo habitual	3

5.- Heroína:	No consumo	0
	Consumo de prueba	1
	Consumo ocasional	2
	Consumo habitual	3

6.- Otras drogas:	No consumo	0
	Consumo de prueba	1
	Consumo ocasional	2
	Consumo habitual	3

# HSPQ

Forma A

CUADERNILLO



Copyright © 1981, by TEA Ediciones, S. A. - Adaptado con permiso de Institute for Personality and Ability Testing.

No escribas nada en  
este Cuadernillo

Marca las contestaciones  
en la Hoja de respuestas

### INSTRUCCIONES

En esta prueba vas a encontrar una serie de frases y preguntas sobre lo que te interesa, te gusta o te desagrada. Tu tarea consiste en leer cada una de las preguntas y marcar tu contestación en la Hoja de respuestas.

Después de cada pregunta hay tres posibles respuestas precedidas de las letras A, B y C. Fíjate en los siguientes ejemplos para que comprendas mejor lo que tienes que hacer; léelos y marca tu contestación en la Hoja de respuestas, en el espacio destinado a los ejemplos:

**EJEMPLO X:** ¿Qué preferirías hacer?

A. visitar un zoo      B. no estoy seguro      C. viajar en un avión

En el ejemplo X, si te gusta más "visitar un zoo" debes marcar la letra **A** en la Hoja de respuestas. Si prefieres "viajar en un avión", tienes que marcar la letra **C**. En las preguntas de este tipo, la letra **B** deberás marcarla sólo cuando te resulte **absolutamente imposible** decidirte entre las respuestas A o C. Como puedes ver, en estos casos, **ordinariamente** no hay respuestas correctas o equivocadas; cada persona tiene una forma de ser diferente de los demás; por eso, tú tienes que elegir la respuesta que corresponda más a tu manera de ser o de actuar. Siempre puedes hallar una respuesta que se ajuste un poco mejor a tu caso; por eso, **no dejes ninguna pregunta sin contestar**.

Algunas frases, como el ejemplo Y que viene a continuación, sí tienen una respuesta correcta, y sólo una, de las tres posibles que se presentan (A, B o C). Haz el ejemplo Y y contesta en la Hoja.

**EJEMPLO Y:** ¿Cuál de las palabras tiene menos relación con las demás: verde, rojo, grande, amarillo?

A. verde      B. grande      C. amarillo

En este cuadernillo vas a encontrar preguntas parecidas a las de arriba. Al contestarlas, debes tener en cuenta estos tres puntos:

1. Contesta las preguntas con franqueza y con sinceridad. Perderías el tiempo dedicado a esta prueba, si falseas las respuestas para contestar lo que, según la gente, sería "la respuesta más bonita".
2. Contesta las preguntas lo más rápidamente posible. No emplees demasiado tiempo en pensar cada una de ellas. Algunas preguntas se pueden parecer a otras; sin embargo, no hay dos preguntas iguales.
3. No dejes ninguna pregunta sin contestar. Aunque algunas veces te parezca que la frase no tiene aplicación para ti, no obstante trata de contestarla lo mejor posible.

Es muy importante que comprendas bien lo que debes hacer. Si tienes alguna dificultad, pregunta ahora.

Si te equivocas, borra la señal que habías hecho y marca la respuesta que consideres correcta.

Ten cuidado de que el número de cada pregunta coincida con el número correspondiente que marcas en la Hoja de respuestas; de lo contrario, todo estaría mal.

Tienes todo el tiempo que necesites para realizar esta prueba; no obstante, trabaja de prisa, sin detenerte demasiado en ninguna respuesta.

**NO PASES A LA PAGINA SIGUIENTE HASTA QUE TE LO INDIQUEN**

1. En una salida al campo, te gusta más
  - A. *explorar el bosque en solitario*
  - B. *no estás seguro*
  - C. *jugar alrededor del fuego con los demás*
2. «Arreglar» significa lo mismo que
  - A. *reparar*
  - B. *curar*
  - C. *poner parches*
3. Cuando cometes una estupidez, ¿te sientes tan mal que deseas que te trague la tierra?
  - A. *si*
  - B. *quizás*
  - C. *no*
4. ¿Puedes trabajar intensamente en algo sin que te moleste que haya mucho ruido a tu alrededor?
  - A. *si*
  - B. *quizás*
  - C. *no*
5. Si tienes ideas distintas de las de tus amigos, ¿te callas que las tuyas son mejores para no herir sus sentimientos?
  - A. *si*
  - B. *algunas veces*
  - C. *no*
6. ¿Te parece que muchas normas y reglas son estúpidas y pasadas de moda?
  - A. *si, y, si puedo, no las tengo en cuenta*
  - B. *no estoy seguro*
  - C. *no, la mayoría son necesarias y hay que obedecerlas*
7. ¿Cuál de las descripciones siguientes indica mejor cómo eres tú?
  - A. *un líder responsable*
  - B. *término medio*
  - C. *simpático y físicamente bien parecido*
8. ¿Algunas veces, antes de una gran fiesta o excursión, te parece que no estás demasiado interesado en ir?
  - A. *si*
  - B. *quizás*
  - C. *no*
9. Cuando con razón te enfadas con otros, ¿te parece que tienes derecho a gritarles?
  - A. *si*
  - B. *quizás*
  - C. *no*
10. Cuando tus compañeros de clase te gastan una broma, ¿ordinariamente te diviertes tanto como los demás, sin sentirti molesto?
  - A. *si*
  - B. *quizás*
  - C. *no*
11. ¿Puedes permanecer animado, incluso cuando las cosas van mal?
  - A. *si*
  - B. *no estoy seguro*
  - C. *no*
12. ¿Intentas estar tan al día como tus compañeros de clase en lo que está de moda?
  - A. *si*
  - B. *algunas veces*
  - C. *no*
13. ¿Qué preferirías ser?
  - A. *un actor de televisión que viaje*
  - B. *no estoy seguro*
  - C. *un médico*
14. ¿Te parece que la vida transcurre más agradable y satisfactoria para ti que para muchos otros?
  - A. *si*
  - B. *quizás*
  - C. *no*
15. En una discusión en grupo, ¿te gusta decir lo que piensas?
  - A. *si*
  - B. *algunas veces*
  - C. *no*
16. «Verdad» es lo opuesto de
  - A. *fantasía*
  - B. *mentira*
  - C. *negación*
17. ¿Te resulta fácil guardar un secreto emocionante?
  - A. *si*
  - B. *algunas veces*
  - C. *no*
18. Cuando algo sale completamente mal, ¿te enfadas mucho con otros antes de pensar qué es lo que puede hacerse?
  - A. *con frecuencia*
  - B. *algunas veces*
  - C. *casi nunca*
19. ¿Ordinariamente pides que alguien te ayude cuando tienes un problema difícil?
  - A. *casi nunca*
  - B. *algunas veces*
  - C. *con frecuencia*
20. ¿Evitas penetrar en cuevas estrechas o escalar lugares altos?
  - A. *si*
  - B. *algunas veces*
  - C. *no*
21. ¿Pides consejo a tus padres sobre lo que te conviene hacer en el colegio?
  - A. *con frecuencia*
  - B. *algunas veces*
  - C. *casi nunca*
22. ¿Puedes hablar a un grupo de extraños sin titubear nada o sin encontrar dificultad en decir lo que quieres?
  - A. *si*
  - B. *quizás*
  - C. *no*
23. ¿Te molesta cierta clase de películas?
  - A. *si*
  - B. *quizás*
  - C. *no*
24. ¿Hay ocasiones en las que piensas: «las personas son tan poco responsables que no se puede confiar ni siquiera en que se preocupen de su propio bien»?
  - A. *si*
  - B. *quizás*
  - C. *no*
25. ¿Piensas algunas veces que vales poco y que no haces nada que merezca la pena?
  - A. *si*
  - B. *quizás*
  - C. *no*
26. En general, ¿los demás tienen más amigos que tú?
  - A. *si*
  - B. *no estoy seguro*
  - C. *no*
27. ¿Dicen los demás que se puede contar siempre contigo para hacer las cosas con exactitud y como es debido?
  - A. *si*
  - B. *quizás*
  - C. *no*
28. ¿Tienes dificultad en recordar un chiste de otro con los suficientes detalles como para contarlo tú mismo?
  - A. *si*
  - B. *algunas veces*
  - C. *no*

PASA A LA PAGINA SIGUIENTE

29. ¿Has disfrutado actuando en obras de teatro, tales como comedias escolares?  
A. si B. no estoy seguro C. no
30. «Firme» es lo opuesto de  
A. enfermo B. blando C. inseguro
31. Cuando decides hacer algo  
A. piensas que tal vez después quieras cambiar de opinión  
B. término medio  
C. estás seguro de que te sientes satisfecho de tu decisión
32. Si tus compañeros de clase prescinden de ti en un juego  
A. crees que es simplemente una casualidad  
B. término medio  
C. te sientes herido y te enfadas
33. Cuando termines tus estudios, ¿qué te gustaría más?  
A. hacer algo con lo cual consigas que la gente esté contenta contigo, aunque seas pobre  
B. no estoy seguro  
C. ganar mucho dinero
34. Cuando hace falta, ¿puedes demostrar, delante de todos, lo bien que puedes hacer las cosas?  
A. si B. quizás C. no
35. ¿Te gusta decir a otros que sigan las normas y reglas adecuadas?  
A. si B. algunas veces C. no
36. ¿Te sientes herido fácilmente en tus sentimientos?  
A. si B. quizás C. no
37. ¿Te gustaría más contemplar un combate de boxeo que una bella danza?  
A. si B. quizás C. no
38. Si alguien no se ha portado bien contigo, ¿vuelves a confiar en él enseguida y le concedes otra oportunidad?  
A. si B. quizás C. no
39. ¿Crees que las cosas te van saliendo bien y que haces todo lo que se puede esperar de ti?  
A. si B. quizás C. no
40. Cuando un grupo de personas está haciendo algo, ordinariamente,  
A. tomas parte activa en lo que hacen  
B. término medio  
C. te limitas a observar
41. ¿Te gustaría ser tan bien parecido que la gente se fijara en ti dondequiera que fueras?  
A. si B. quizás C. no
42. Cuando estás leyendo una historia de aventuras  
A. disfrutas simplemente de la historia a medida que se desarrolla  
B. no estás seguro  
C. te preocupa si la historia va a tener un final feliz
43. ¿Te sienta mal que los demás usen tus cosas sin pedirte permiso?  
A. si B. quizás C. no
44. «Rico» es a «dinero» como «triste» es a  
A. desgracia B. lágrimas C. noche
45. ¿Entiendes perfectamente lo que lees en el colegio?  
A. si B. ordinariamente C. no
46. ¿Dicen que algunas veces eres excitable y un «cabeza de chorlito», aunque creen que eres una buena persona?  
A. si B. quizás C. no
47. Cuando vas en autobús o tren, hablas  
A. en tu tono de voz ordinario  
B. término medio  
C. lo más bajo posible
48. ¿Qué preferirías ser?  
A. la persona más popular del colegio  
B. no estoy seguro  
C. el alumno con mejores notas
49. Si todos estuvieran haciendo algo que tú crees que está mal  
A. harías lo que hacen todos  
B. no estás seguro  
C. harías lo que tú crees que se debe hacer
50. ¿Puedes trabajar bien, sin sentarte incómodo, cuando otras personas te están mirando?  
A. si B. quizás C. no
51. En una obra de teatro, ¿te gustaría más hacer el papel de profesor famoso de arte que el de pirata despiadado?  
A. si B. quizás C. no
52. ¿Cómo preferirías emplear tu tiempo libre?  
A. por tu cuenta, con un libro o con una colección de sellos  
B. no estoy seguro  
C. trabajando bajo la dirección de otros en una actividad de grupo
53. ¿Te resulta difícil actuar o ser como otras personas esperan que seas?  
A. si B. no estoy seguro C. no
54. ¿Tiendes a permanecer callado cuando sales con un grupo de amigos?  
A. si B. algunas veces C. no
55. Cuando algo te molesta mucho, ¿qué crees que es mejor?  
A. intentar no tenerlo en cuenta hasta que estés tranquilo  
B. no estás seguro  
C. desahogarte explotando
56. ¿Te molesta tener que permanecer sentado sin moverte, esperando a que comience algo?  
A. si B. término medio C. no

PASA A LA PAGINA SIGUIENTE

57. En el baile o en la música, ¿aprendes fácilmente un ritmo nuevo?  
A. sí B. algunas veces C. no
58. «Correr» es a «jadeo» como «comer» es a  
A. ejercicio B. indigestión C. alimento
59. Cuando la tiza chirria en la pizarra, ¿te da «dentera»?  
A. sí B. quizás C. no
60. Cuando las cosas van mal y te contrarian, crees que hay que  
A. simplemente sonreír  
B. término medio  
C. armar un alboroto
61. ¿Hay ocasiones en que te sientes tan contento que tienes ganas de cantar y gritar?  
A. sí B. quizás C. no
62. ¿En un grupo de personas, eres generalmente el que cuenta chistes y cosas graciosas?  
A. sí B. quizás C. no
63. Cuando tienes tareas para hacer en casa  
A. muchas veces no las haces  
B. término medio  
C. siempre las realizas a su debido tiempo
64. Cuando se discute algo en clase, ¿tienes algo que decir?  
A. casi nunca  
B. de vez en cuando  
C. siempre
65. ¿Qué materias preferirías estudiar?  
A. matemáticas  
B. no estoy seguro  
C. un idioma extranjero o arte dramático
66. Cuando estás en un grupo, pasas más tiempo  
A. disfrutando de la amistad  
B. término medio  
C. observando lo que ocurre
67. ¿Te atreves siempre a decir cuáles son tus verdaderos sentimientos, por ejemplo, si estás cansado o aburrido?  
A. sí B. quizás C. no
68. Si te encontraras una tarde sin tener nada que hacer  
A. llamarías a algunos amigos para pasar el rato  
B. no estás seguro  
C. leerías un buen libro o emplearías el tiempo haciendo algo que te gusta
69. ¿Algunas veces dices tonterías sólo para ver lo que dirán los demás?  
A. sí B. quizás C. no
70. Cuando se aproxima algo importante, tal como un examen o un gran partido,  
A. estás muy tranquilo y relajado  
B. término medio  
C. te pones muy tenso y preocupado
71. ¿Haces todo lo que puedes por evitar los autobuses y calles desbordantes de gente?  
A. sí B. quizás C. no
72. Si la madre de Juana es la hermana de mi padre, ¿cuál es el parentesco del padre de Juana con mi hermano?  
A. primo B. abuela C. tío
73. ¿Te has llevado siempre muy bien con tus padres, hermanos y hermanas?  
A. sí B. término medio C. no
74. ¿A menudo recuerdas las cosas de distinto modo que otros y no llegáis a un acuerdo sobre lo que sucedió realmente?  
A. sí B. quizás C. no
75. ¿Qué preferirías ser?  
A. arquitecto de casas y parques  
B. no estoy seguro  
C. cantante o miembro de un conjunto de baile
76. Cuando estés preparado para comenzar a trabajar, te gustaría tener una profesión que  
A. sea estable y segura, aunque requiera trabajar mucho  
B. no estoy seguro  
C. requiera mucha variación y reuniones con personas alegres
77. ¿Sueles hablar de tus actividades con tus padres?  
A. sí B. algunas veces C. no
78. En clase, ¿te pones de pie delante de todos, sin mostrarte nervioso e incómodo?  
A. sí B. quizás C. no
79. ¿Dónde prefieres pasar una tarde libre?  
A. donde haya cuadros artísticos o jardines  
B. no estoy seguro  
C. en una competición de tiro de pichón
80. ¿Has pensado alguna vez qué harías si fueras la única persona que quedase en el mundo?  
A. sí B. no estoy seguro C. no
81. Cuando las cosas van muy bien  
A. casi «saltas de alegría»  
B. no estás seguro  
C. te sientes bien interiormente y aparentas estar tranquilo
82. ¿Qué preferirías ser?  
A. constructor de puentes  
B. no estoy seguro  
C. miembro de un circo ambulante
83. ¿Sugieres alguna vez al profesor algún tema nuevo para tratarlo en la clase?  
A. sí B. quizás C. no
84. Si alguien pone música ruidosa mientras estás intentando trabajar, ¿necesitas marcharte a otro sitio?  
A. sí B. quizás C. no

PASA A LA PAGINA SIGUIENTE

85. Al hablar con tus compañeros de clase, ¿te disgusta decirles tus sentimientos más íntimos?  
A. sí B. algunas veces C. no
86. «Habitualmente» significa lo mismo que  
A. algunas veces B. siempre C. generalmente
87. ¿Haces con frecuencia grandes planes y te entusiasmas con ellos, pero después te das cuenta de que no pueden salir bien?  
A. sí B. algunas veces C. no
88. Si por casualidad, cuando estás haciendo algo, rompes o estropeas alguna cosa, ¿mantienes la calma a pesar de todo?  
A. sí B. quizás C. no, me pongo furioso
89. Si se te escapa «algo fuera de lugar», cuando estás con otros, ¿te sientes incómodo durante mucho tiempo y te cuesta olvidarlo?  
A. sí B. quizás C. no
90. ¿Te gusta hacer cosas muy inesperadas y que sorprendan a los demás?  
A. sí B. quizás C. no
91. ¿Gastas en divertirti la mayor parte del dinero que te dan, en lugar de ahorrar para futuras necesidades?  
A. sí B. término medio C. no
92. Te calificarías como una persona  
A. inclinada a cambios de estado de ánimo  
B. término medio  
C. sin altibajos en el estado de ánimo
93. ¿Cómo prefieres pasar una tarde junto a un lago?  
A. viendo una peligrosa competición de motoras  
B. no estoy seguro  
C. paseando por su bella orilla con un amigo
94. En un grupo que quiere hacer algo, ¿qué te crea más problemas?  
A. decir: «¡vamos a ello!»  
B. no estoy seguro  
C. decir: «prefiero no participar»
95. ¿Aprendes con rapidez nuevos juegos?  
A. sí B. término medio C. no
96. Como a la mayoría de la gente, ¿te asustan algo los truenos y relámpagos?  
A. sí B. quizás C. no
97. ¿Cómo preferirías emplear el tiempo libre entre las clases de mañana y de tarde?  
A. jugando una partida  
B. no estoy seguro  
C. haciendo una tarea escolar atrasada
98. Cuando no juegas bien en un partido importante, ¿dices: «esto no es más que un juego»?  
A. sí B. no estás seguro  
C. pierdes la calma y te enfadas contigo mismo
99. Cuando vas a entrar en un grupo nuevo  
A. enseguida crees que conoces a todos  
B. término medio  
C. tardas mucho tiempo en llegar a conocerlos
100. La abuela de la hija de la hermana de mi hermano es mi  
A. madre B. cuñada C. sobrina
101. ¿Estás casi siempre contento?  
A. sí B. término medio C. no
102. ¿Alguna vez te has sentido descontento del colegio y has pensado: «Apuesto que podría hacerlo mejor que los profesores»?  
A. sí B. quizás C. no
103. ¿Sobre qué tema te gustaría más leer?  
A. cómo ganar en el fútbol  
B. no estoy seguro  
C. cómo ser amable con todos
104. Si tuvieras oportunidad de realizar una aventura original, pero también peligrosa,  
A. probablemente no la harías  
B. no estás seguro  
C. ciertamente la harías
105. ¿Se interponen otros en tus asuntos con frecuencia?  
A. sí B. término medio C. no
106. ¿Con qué frecuencia sales o participas en actividades con un grupo de amigos?  
A. muy a menudo B. algunas veces C. casi nunca
107. ¿Qué preferirías en una tarde espléndida?  
A. una carrera de coches  
B. no estoy seguro  
C. un concierto musical al aire libre
108. Cuando eras más pequeño, creías que la gente iba a ser  
A. más amable y atenta de lo que es  
B. no estoy seguro  
C. peor y más ruda de lo que es
109. ¿Te gustaría ser más despreocupado y alegre en lo referente a tu trabajo escolar?  
A. sí B. quizás C. no
110. ¿Piensas que normalmente en clase las decisiones en grupo son peores y tardan más que si las toma uno solo?  
A. sí B. quizás C. no
111. ¿Piensas que estás haciendo las cosas que más o menos deberías hacer en la vida?  
A. sí B. no estoy seguro C. no
112. Cuando pasas por una calle tranquila y oscura, ¿te viene con frecuencia la idea de que alguien te sigue?  
A. sí B. quizás C. no

PASA A LA PAGINA SIGUIENTE



113. ¿En donde prefieres vivir?  
A. en un bosque denso, donde solo se oye a los pájaros  
B. no estoy seguro  
C. en un cruce de calles, donde hay mucha gente y ocurren muchas cosas
114. ¿Qué palabra tiene menos relación con las demás: principalmente, alegremente, sumamente, mayormente, altamente?  
A. principalmente B. alegremente C. sumamente
115. ¿Te sientes algunas veces alegre y otras deprimido, sin una causa justificada?  
A. sí B. no estoy seguro C. no
116. Cuando otros charlan y ríen mientras estás oyendo la radio o viendo la televisión  
A. te encuentras a gusto  
B. término medio  
C. te fastidia y molesta
117. ¿Qué preferirías ser?  
A. profesor B. no estoy seguro C. científico
118. Consideras que eres más bien una persona que  
A. piensa B. término medio C. actúa
119. Si tuvieras que trabajar en actividades de grupo en clase, ¿qué preferirías?  
A. ayudar llevando cosas a los demás  
B. no estás seguro  
C. enseñar a otros algo difícil de la tarea
120. ¿Te asustas tanto por lo que pueda suceder que no te decides a elegir entre varias posibilidades?  
A. frecuentemente B. algunas veces C. nunca
121. ¿Qué clase de películas te gustan más?  
A. las musicales  
B. no estoy seguro  
C. las de guerra
122. Cuando sales al campo, ¿qué preferirías?  
A. organizar una fiesta con tu clase  
B. no estoy seguro  
C. conocer los distintos árboles del bosque
123. ¿Te resulta fácil ir y presentarte a una persona importante?  
A. sí B. quizás C. no
124. ¿Qué clase de amigos prefieres?, a quienes les gusta  
A. bromear con la gente  
B. no estoy seguro  
C. ser serios y formales
125. ¿Te sientes a veces tan confuso que no sabes lo que estás haciendo?  
A. sí B. quizás C. no
126. Cuando alguien no está de acuerdo contigo  
A. le dejas decir todo lo que tiene que decir  
B. no estás seguro  
C. sueles interrumpirlo antes de que termine
127. Si fueras a trabajar en una compañía de ferrocarriles, ¿qué preferirías ser?  
A. revisor de billetes y hablar con los viajeros  
B. no estoy seguro  
C. conductor y dirigir la máquina del tren
128. ¿Cuál de las palabras tiene menos relación con las demás: debajo, junto a, encima, detrás, entre?  
A. debajo B. entre C. junto a
129. Si alguien te pide que hagas un trabajo nuevo y difícil  
A. te gusta y demuestras lo que eres capaz de hacer  
B. término medio  
C. piensas que lo enredarías y echarías a perder
130. Cuando levantas la mano en clase para responder a una pregunta y otros muchos también lo hacen, ¿te animas y excitas?  
A. algunas veces B. muy pocas veces C. nunca
131. En tu cumpleaños o santo, ¿qué prefieres?  
A. que antes te pregunten el regalo que deseas  
B. no estás seguro  
C. alegrarte al recibir un regalo que es una completa sorpresa
132. ¿Tienes mucho cuidado en no herir en sus sentimientos ni asustar a nadie?  
A. sí B. quizás C. no
133. Antes de decir algo en clase, ¿te aseguras bien de que estás en lo cierto?  
A. siempre  
B. ordinariamente  
C. generalmente no
134. Cuando las cosas son como para asustarse, ¿eres capaz de reír y no preocuparte?  
A. sí B. quizás C. no
135. ¿Algunos libros y representaciones casi te hacen llorar?  
A. sí, con frecuencia  
B. algunas veces  
C. no, nunca
136. En las discusiones de grupo sueles  
A. tomar una postura diferente a las de los otros  
B. no estás seguro  
C. estar de acuerdo con el grupo
137. ¿Te excitas tanto que piensas que vas a estallar?  
A. con frecuencia B. algunas veces C. raras veces
138. Si no fueras un ser humano, ¿qué preferirías ser?  
A. un águila, en una montaña lejana  
B. no estoy seguro  
C. una foca, con otras muchas en una playa
139. ¿Ordinariamente eres una persona muy cuidadosa?  
A. sí B. término medio C. no
140. ¿Algunas veces los pequeños problemas acaban poniéndote nervioso, aunque sabes que no son muy importantes?  
A. sí B. quizás C. no

FIN DE LA PRUEBA

Repasa lo que has hecho para comprobar que has contestado a todas las preguntas

## XI. BIBLIOGRAFÍA

## XI. BIBLIOGRAFÍA

- ABBAR, M; CAER, Y; SCHENK, L; CASTELNAU, D: Facteurs de stress psychosociaux et conduites suicidaires. L'Encephale. 1993; 19: 179-185.
- ADAMS, DM; OVERHOLSER, JC; SPIRITO, A: Stressful life events associated with adolescent suicide attempts. Can J Psychiatry. 1994; 39: 43-48.
- AGÜERO, A; CATALÁ, MA; HERNANDEZ, M; CUQUERELLA, MA; LLORENS, P; PEREZ, F; AGÜERO, C: Estudio de las tentativas suicidas en adolescentes con trastornos psiquiátricos. Actas del VII Congreso Nacional de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Madrid, SEPIJ. 1994.

- ALLEBECK, P; ALLGULANDER, C: Psychiatric diagnoses as predictors of suicide. A comparison of diagnoses at conscription and in psychiatric care in a cohort of 50465 young men. Br J Psychiatry. 1990a; 157: 339-344.
  
- ALLEBECK, P; ALLGULANDER, C: Suicide among young men: psychiatric illness, deviant behaviour and substance abuse. Acta Psychiatr Scand. 1990b; 81: 565-570.
  
- ALLEBECK, P; ALLGULANDER, C; FISHER, LD: Predictors of completed suicide in a cohort of 50465 young men: role of poersonality and deviant behaviour. Br Med J. 1988; 297: 176-178.
  
- ALLÉON, AM; MORVAN, O; FACY, F: Tentative de suicide à l'adolescence. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie. 1991; 37216 H<sup>10</sup>: 1-7.
  
- ALONSO FERNÁNDEZ, F: *Fundamentos de la psiquiatría actual*. Madrid, Paz Montalvo. 1979.
  
- ALONSO FERNÁNDEZ, F: Conducta suicida en la adolescencia (un ensayo de penetración comprensiva en las estadísticas). Psicopatología. 1985; 5(2): 147-159.

- ALTSHULER, LL; CASANOVA, MF; GOLDBERG, TE; KLEINMAN, JE: The hippocampus and parahippocampus in schizophrenic, suicide and control brains. Arch Gen Psychiatry. 1990; 47: 1029-1034.
  
- AMADOR, JA; MARTORELL, B; FORNS, M: Factores del Cuestionario de personalidad para adolescentes (HSPQ) que sustentan las conductas analizadas en el "Clinical Analysis Questionnaire"(CAQ). Rev Psiquiatria Fac Med Barc. 1993; 20(3): 99-107.
  
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-III-R*. Barcelona, Masson s.a. 1988.
  
- ANGLE, CR; O'BRIEN, TP; McINTIRE, MS: Adolescent self-poisoning: a nine-year follow-up. J Dev Behav Pediatr. 1983; 4: 83-87.
  
- ANSOARENA, A. DE; BARRIO, V. DEL; CARRERA, M; GRANADOS, F; MORANDÉ, G; MONTERO, I; MUÑOZ, MC: Suicidio infantil y juvenil. Jano. 1985; XXIX (666-M): 1847.
  
- ARANGO, V; ERNSBERGER, P; MARZUK, PM; CHEN, JS; TIERNEY, H; STANLEY, M; REIS, DJ; MANN, JJ: Autoradiographic demonstration of increased serotonin 5-HT<sub>2</sub> and B-Adrenergic receptor binding sites in the brain of suicide victims. Arch Gen Psychiatry. 1990; 47: 1038-1047.

- ARANGO, V; UNDERWOOD, MD; MANN, JJ: Alterations in Monoamine receptors in the brain of suicide victims. J Clin Psychopharmacol. 1992; 12: 8S-12S.
  
- ARANDA, J: Problemas que presenta la elaboración de la estadística de suicidio. Rev Psiquiátr Med Eur Am Latina. 1984; XVI (8): 517-520.
  
- ASBERG, M: "Biología de las conductas suicidas" en J. Mendlewicz (Dir.): *Psiquiatría Biológica*. Barcelona, Masson S.A. 1990.
  
- ASECIO, AP; GOMEZ-BENEYTO, M; LLOPIS, V: Epidemiology of suicide in Valencia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1988; 23: 57-59.
  
- ASHTON, J; SEYMOUR, H: "La salud de los adolescentes" en: *La nueva Salud Pública*. Barcelona, Masson S.A. 1990.
  
- AYUNTAMIENTO DE MADRID: *Avance del Anuario Estadístico 1990*. Madrid, Departamento de Estadística. 1991.
  
- AYUSO, JL: Función serotoninérgica y conducta agresivoimpulsiva. Acta Psiquiatr Psicol Am Lat. 1993; 40(1): 56-62.
  
- AYUSO, JL; AYUSO MATEOS, JL: Actividad serotoninérgica y conducta suicida. An Psiquiatría. 1988; 4 (4): 135-140.

- BAECHLER, J: *Les suicides*. París, Calman-Levy. 1981.
  
- BALLESTEROS, J: "Análisis estadísticos avanzados en salud mental. La regresión logística". En J.L. González de Rivera (Dir.): *El método epidemiológico en salud mental*. Barcelona, Masson-Salvat. 1993.
  
- BANKI, CM; ARATO, M: Amine metabolites and neuroendocrine responses related to depression and suicide. *J Affect Dis.* 1983; 5: 223-232.
  
- BANKI, CM; ARATO, M; PAPP, Z; KURCZ, M: Biochemical markers in suicidal patients. Investigations with cerebrospinal fluid amine metabolites and endocrine tests. *J Affect Dis.* 1984; 6: 341-350.
  
- BARRACLOUGH, B: International variation in the suicide rate of 15-14 years old. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1988; 23: 75-84.
  
- BARRACLOUGH, BM: The Bible suicides. *Acta Psychiatr Scand.* 1992; 86: 64-69.
  
- BARTER, JT; SWABACK, DO; TODD, D: Adolescent suicide attempts. A follow-up study of hospitalized patients. *Arch Gen Psychiatry.* 1968; 19: 523-527.

- BASSUK, EL: "Emergency care for suicidal patients" en E.L. Bassuk y A.W. Birk: *Emergency Psychiatry*. New York, Plenum Press. 1984.
- BECK, AT: An inventory for measurement of depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961; 561-171.
- BECK, AT; BROWN, G; BERCHICK, RJ; STEWART, BL; STEER, RA: Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*. 1990; 147: 190-195.
- BECK, AT; RIAL, WY; RICKELS, K: Short form of Depression Inventory (Cross-validation). *Psychological Reports*. 1974; 34: 1184-1186.
- BELL, HM: *Cuestionario de adaptación para adolescentes. Manual*. Barcelona, Ed. Herder. 1991.
- BENJAMINSEN, S; KRARUP, G; LAURITSEN, R: Personality, parental rearing behaviour and parental loss in attempted suicide: a comparative study. *Acta Psychiatr Scand*. 1990; 82: 389-397.
- BERATIS, S: Suicide among adolescents in Greece. *Br J Psychiatry*. 1991; 159: 515-519.



- BERGSTRAND, CG; OTTO, U: Suicidal attempts in adolescence and childhood. *Acta Paediatrica*. 1962; 51: 17-26.
- BERMAN, AL: Fictional depiction of suicide in Television Films and imitation effects. *Am J Psychiatry*. 1988a, 145 (8): 982-986.
- BERMAN, AL: Suicide and the mass media. Nineteenth International Congress of the International Association of Suicide Prevention. American Association of Suicidology. 1988b.
- BERMAN, AL; JOBES, DA: *Adolescent suicide. Assessment and intervention*. Washington, American Psychological Association. 1991.
- BIGRAS, J; GAUTHIER, Y; BOUCHARD, C; TASSE, Y: Suicidal attempts in adolescent girls. A preliminary study. *Can Psychiatr Assoc J*. 1966; 11: 275-282.
- BLACK, M; ERULKAR, J; KERFOOT, M; MEADOW, R; BADERMAN, H: The management of parasuicide in young people under sixteen. *Bull Royal College of Psychiatrists*. 1982; 6: 182-185.
- BLANCO PICABIA, A: Edad y respuesta a la muerte. *An Psiquiatría*. 1990; 6(4): 142-145.

- BLUMENTHAL, SJ: Suicidio: Guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. Clínicas Médicas de Norteamérica. Ansiedad y Depresión. 1988; 72(4): 999-1035.
- BLUMENTHAL, SJ: Youth suicide: Risk factors, assessment, and treatment of adolescent and young adult suicidal patients. Psych Clinics North Am. 1990a; 13(3): 511-554.
- BLUMENTHAL, SJ: Youth Suicide: The Physician's Role in Suicide Prevention. J.A.M.A. 1990b, 264 (24): 3194-3196.
- BOLLEN, KA; PHILLIPS, DP: Suicidal motor vehicle fatalities in Detroit: a replication. Am J Sociology 1981; 2: 404-412.
- BONALS, A: Aspectos preventivos del suicidio infanto-juvenil. Rev Psiq Inf. 1992; 2: 77-81.
- BONNER, RL; RICH, AR: Toward a predictive model of suicidal ideation and behavior: some preliminary data in college students. Suicide and Life-Threatening Behavior. 1987; 17(1): 50-63.
- BOYD, JH; MOSCICKI, EK: Firearms and youth suicide. Am J Public Health. 1986; 76(10): 1240-1242.

- BRENT, DA: Correlates of the medical lethality of suicide attempts in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1987; 26(1): 87-89.
- BRENT, DA; JOHNSON, B; BARTLE, S; BRIDGE, J; RATHER, C; MATTA, J; CONNOLLY, J; CONSTANTINE, D: Personality disorder, tendency to impulsive violence, and suicidal behavior in adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1993a; 32(1): 69-75.
- BRENT, DA; KALAS, R; EDELBROCK, C; COSTELLO, AJ; DULCAN, MK; CONOVER, N: Psychopathology and its relationship to suicidal ideation in childhood and adolescence. J Am Acad Child Psychiatry. 1986; 25(5): 666-673.
- BRENT, DA; KOLKO, DJ; WARTELLA, ME; BOYLAN, MB; MORITZ, G; BAUGHER, M; ZELENAK, JP: Adolescent psychiatric inpatients' Risk of suicide attempt at 6-month follow-up. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1993d; 32(1): 95-105.
- BRENT, DA; PERPER, JA; ALLMAN, CJ: Alcohol, firearms, and suicide among youth: temporal trends in Allegheny County, Pennsylvania, 1960 to 1983. J.A.M.A. 1987; 257: 3369-3372.
- BRENT, DA; PERPER, JA; GOLDSTEIN, CE; KOLKO, DJ; ALLAN, MJ; ALLMAN, CJ; ZELENAK, JP: Risk factors for adolescent suicide. Arch Gen Psychiatry. 1988; 45: 581-588.

- BRENT, DA; PERPER, JA; MORITZ, G; ALLMAN, C; FRIEND, A; ROTH, C; SCHWEERS, J; BALACH, L; BAUGHER, M: Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1993b; 32(3): 521-529.
  
- BRENT, DA; PERPER, JA; MORITZ, G; ALLMAN, CJ; ROTH, C; SCHWEERS, J; BALACH, L: The validity of diagnoses obtained through the psychological autopsy procedure in adolescent suicide victims: use of family history. *Acta Psychiatr Scand*. 1993c; 87: 118-122.
  
- BRENT, DA; PERPER, JA; MORITZ, G; LIOTUS, L; SCHWEERS, J; BALACH, L; ROTH, C: Familial risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Acta Psychiatr Scand*. 1994; 89: 52-58.
  
- BROOKSBANK, DJ: Suicide and parasuicide in childhood and early adolescence. *Br J Psychiatry*. 1985; 146: 459-463.
  
- BROWN, GW: Life-events and psychiatric illness: some thoughts on methodology and causality. *J Psychosom Res*. 1972; 16: 311-320.
  
- BROWN, GL; LINNOILA, MI: CSF serotonin metabolite (5-HIAA) studies in depression, impulsivity, and violence. *J Clin Psychiatry*. 1990; 51 (4) Suppl: 31-41.

- BROWN, LK; OVERHOLSER, J; SPIRITO, A; FRITZ, GK: The correlates of planning in adolescent suicide attempts. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1991; 30(1): 95-99.
- BUCCA, M; CEPPI, M; PELOSO, P; ARCELLASCHI, M; MUSSI, D; FELE, P: Social variables and suicide in the population of Genoa, Italy. Compr Psychiatry. 1994; 35(1): 64-69.
- BUKSTEIN, OG; BRENT, DA; PERPER, JA; MORITZ, G; BAUGHER, M; SCHWEERS, J; ROTH, C; BALACH, L: Risk factors for completed suicide among adolescents with a lifetime history of substance abuse: a case-control study. Acta Psychiatr Scand. 1993; 88: 403-408.
- BUNNEY, WE; FAWCETT, JA: Possibility of biochemical test for suicidal potential. Arch Gen Psychiatry. 1965; 13:232-239.
- BURTON, P; LOWY, A; BRIGGS, A: Increasing suicide rates among young men in England and Wales. Br Med J. 1990; 300: 1695-1696.
- CAPSTICK, A: Recognition of emotional disturbance and the prevention of suicide. Br Med J. 1960; i: 1179-1182.
- CARLSON, GA: "Depresión y conducta suicida en niños y adolescentes" en D.P. Cantwell y G.A. Carlson (Dir.): *Trastornos afectivos en la infancia y adolescencia*. Barcelona, Ed. Martínez Roca. 1987.

- CARLSON, GA; CANTWELL, DP: Suicidal behavior and depression in children and adolescents. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1982; 21: 361-368.
- CASEY, PR: Personality disorder and suicide intent. *Acta Psychiatr Scand*. 1989; 79: 290-295.
- CENTERWALL, BS: Young adult suicide and exposure to television. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1990; 25: 149-153.
- CERDÁ, E: "Adaptación y normalización española del cuestionario" en H. M. Bell: *Cuestionario de adaptación para adolescentes. Manual*. Barcelona, Ed. Herder. 1991.
- CIVEIRA, JM; DUEÑAS, M; DE LAS HERAS, J; MARTIN, M: Intervención en la conducta suicida. *Psicopatología*. 1985; 5(2): 171-180.
- CLARK, DC; GIBBONS, RD: Does one nonlethal suicide attempt increase the risk for a subsequent nonlethal attempt?. *Medical Care*. 1987; 25 (Supl): S87-S88.
- COBO, C: Estadísticas y reflexiones sobre actos suicidarios en niños adolescentes españoles. *Rev Psiquiatr Méd*. 1986; 17 (5): 253-268.

- COBO, C: El fantasma del suicidio entre la población infantil. El Médico. 1992; 433: 30-34.
- CODDINGTON, RD: The significance of live events as aetiologic factors in the diseases of children. I. A survey of professional workers. J Psychosom Res. 1972; 16: 7-18.
- COHEN-SANDLER, R; BERMAN, AL; KING, RA: Life stress and symptomatology: determinants of suicidal behavior in children. J Am Acad Child Psychiatry. 1982; 21(2): 178-186.
- CONDE, V; FRANCH, JI: *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid, Upjohn. 1984.
- CONDE, V; USEROS, E: El inventario para la medida de la depresión de Beck. Rev Psiquicología Med Eur Am Latina. 1974; 12(3): 153-167.
- CONNELL, HM: Attempted suicide in schoolchildren. Med J Aust. 1972; 1: 686-690.
- CORYELL, W; SCHLESSER, MA: Suicide and the dexamethasone suppression test in unipolar depression. Am J Psychiatry. 1981; 138: 1120-1121.

- CRUMLEY, FE: The adolescent suicide attempt: A cardinal symptom of a serious psychiatric disorder. *Am J Psychotherapy*. 1982; 36: 158-165.
  
- CHANOIT, PF: Raíces psicopatológicas de los actos suicidas. *Psicopatología*. 1985; 5 (2): 115-120.
  
- CHEIFETZ, PN; POSENER, JA; LAHAYE, A; ZAJDMAN, M; BENIERAKIS, CE: An epidemiologic Study of adolescent suicide. *Can J Psychiatry*. 1987; 32: 656-659.
  
- CHOQUET, M; MENKE, H: Suicidal thoughts during early adolescence: prevalence, associated troubles and help-seeking behavior. *Acta Psychiatr Scand*. 1989; 81: 170-177.
  
- DALTON, K: *The premenstrual syndrome*. London, William Heinemann Medical Books. 1964.
  
- DAVIDSON, F; CHOQUET, M: Apport de l'épidémiologie à la compréhension et la prévention du suicide de l'adolescent. *Rev Neuropsych Infant*. 1978; 26(12): 683-691.
  
- DAVIDSON, LE; ROSENBERG, ML; MERCY, JA; FRANKLIN, J y SIMMONS, JT: An epidemiologic study of risk factors in two teenage suicide clusters. *J.A.M.A.* 1989; 262: 2687-2692.



- DE BOISMONT, B: *Du suicide et de la folie suicide considérés dans leur rapports avec la statistique, la médecine et la philosophie*. París, Ed. Baillière. 1856.
  
- DE WILDE, EJ; KIENHORST, ICWM; DIEKSTRA, RFW; WOLTERS, WHG: The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *Am J Psychiatry*. 1992; 149(1): 45-51.
  
- DE WILDE, EJ; KIENHORST, ICWM, DIEKSTRA, RFW; WOLTERS, WHG: The specificity of psychological characteristics of adolescent suicide attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1993; 32(1): 51-59.
  
- DEL BARRIO, V: *Factores de riesgo en el suicidio infantil*. Jano. 1985; 29 (666): 1873-1878.
  
- DELMAS, A: *Psychologie pathologique du suicide*. París, Alcan. 1932.
  
- DESHAIES, G: *Psychologie du suicide*. París, Presses Universitaires de France. 1947.
  
- DEYKIN, EY; PERLOW, R; McNAMARRA, J: Non-fatal suicidal and life-threatening behavior among 13- to 17-year old adolescents seeking emergency medical care. *Am J Public Health*. 1985; 75: 90-92.

- DIEKSTRA, RFW: Suicide and the attempted suicide: An international perspective. *Acta Psychiatr Scand.* 1989a, 80 (Suppl. 354): 1-24.
- DIEKSTRA, RFW: Suicidal behavior in adolescents and young adults: the international picture. *Crisis.* 1989b; 10: 16-35.
- DIXON, WJ: *BMDP Statistical Software Manual.* Los Angeles, University of California Press. 1992.
- DORESTE, J: "Epidemiología analítico-observacional en salud mental (II): estudios casos-contróles" en J.L. González de Rivera: *El método epidemiológico en salud mental.* Barcelona, Masson-Salvat. 1993.
- DORPAT, TL; JACKSON, J; RIPLEY, H: Broken homes and attempted and completed suicide. *Arch Gen Psychiatry.* 1965; 12(2): 213-216.
- DUBERSTEIN, PR; CONWELL, Y; CAINE, ED: Interpersonal stressors, substance abuse, and suicide. *J Nerv Ment Dis.* 1993; 181: 80-85.
- DUCHÉ, DJ: Les tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent. *Psychiatrie de l'enfant.* 1964; 7:1.
- DURKHEIM, E: *Le suicide. Etude de sociologie.* París, Alcan. 1897.

- EGELAND, J; SUSSEX, J: Suicide and family loading for affective disorders. J.A.M.A. 1985; 254: 915-918.
- EISENBERG, L: Adolescent suicide: on taking arms against a sea of troubles. Pediatrics. 1980; 315-320.
- EISENBERG, L: Does bad news about suicide beget bad news?. New Engl J Med. 1986; 315: 705-707.
- ENGELBERG, H: Low serum cholesterol and suicide. Lancet. 1992; 339: 727-729.
- ENNIS, J: Family practice self-harm: II. Deliberate non-fatal self-harm. Can Med Assoc J. 1983; 129 (2): 121-125.
- ESQUIROL: *Des maladies mentales*. París. 1938.
- ESTRUCH, J; CARDÚS, S: *Los suicidios*. Barcelona, Ed. Herder. 1982.
- ETTLINGER, R: Evaluation of suicide prevention after attempted suicide. Acta Psychiatr Scand. 1975; Suppl 260: 1-124.
- FARBEROW, NL; SCHNEIDMAN, ES: *The cry for help*. New York, McGraw-Hill. 1965.

- FARMER, R; CREED, F: Life events and hostility in self-poisoning. Br J Psychiatry. 1989; 154: 390-395.
- FARMER, R; HIRSCH, SR: *The suicide syndrome*. Londres, Croom Helm. 1980.
- FARR, W: *Vital statistics: a memorial volume of selections from the reports and writings of William Farr*. Metuchen, nj. Scarecrow Press. 1975.
- FEDDEN, HR: *Suicide. A social and historical study*. New York, Benjamin Blom, Inc. 1972.
- FERNANDES DA FONSECA, A: Epidemiología y clasificación de los actos suicidas. Psicopatología. 1985; 5(2): 101-107.
- FLEISS, JL; WILLIAMS, JBW; DUBRO, AF: The logistic regression analysis of psychiatric data. J Psychiat Res. 1986; 20: 195-209.
- FOURESTIÉ, V; DE LIGNIÉRES, B; ROUDOT, F; FULLI, I; CREMNITER, D; NAHOUL, K; FOURNIER, S; LEJONC, JL: Suicide attempts in hypo-oestrogenic phases of menstrual cycle. Lancet. 1986; December 13: 1357-1360.

- FOWLER, RC; RICH, CL; YOUNG, D: San Diego suicide study. II. Substance abuse in young cases. Arch Gen Psychiatry. 1986; 43: 962-965.
- FREDERICK, CJ: "An introduction and overview of youth suicide" en M.L. Peck, N.L. Farberow y R.E. Litman (Eds.): *Youth suicide*. New York, Springer Publishing Company. 1985.
- FREUD, S: *Obras completas*. Buenos Aires, Amorrortu Ed. 1976.
- FRISTAD, MA; JEDEL, R; WELLER, RA; WELLER, EB: Psychosocial functioning in children after the death of a parent. Am J Psychiatry. 1993; 150(3): 511-513.
- FUSE, T: To be or not to be. Stress Psychiatry Epidemiol. 1980; 1: 18-25.
- GARFINKEL, BD: Prevención del suicidio juvenil. Tiempos Médicos. 1990; 416: 7-12.
- GARFINKEL, BD; FROESE, A; HOOD, J: Suicide attempts in children and adolescents. Am J Psychiatry. 1982; 139: 1257-1261.
- GARFINKEL, BD; GOLOMBEK, H: Suicide and depression in childhood and adolescence. Can Med Assoc J. 1974; 110: 1278-1281.

- GARRISON, CZ; JACKSON, KL; ADDY, CL; McKEOWN, RE; WALLER, JL: Suicidal bahaviors in young adolescents. Am J Epidemiol. 1991; 133(10): 1005-1014.
  
- GINER, S: *Diccionario Unesco de Ciencias Sociales* de S. Del Campo (Dir). Tomo IV. Madrid, Ed. Planeta-Agostini. 1987.
  
- GINER, J; LEAL, C: "Conducta suicida" en J.J. López-Ibor, C. Ruiz Ogara y D. Barcia (Dir.): *Psiquiatría*. Barcelona, Ed. Toray. 1982.
  
- GLASER, K: Attempted suicide in children and adolescents: psychodynamic observations. Am J Psychotherapy. 1965; 19: 220-227.
  
- GOETHE, JW: *Werther*. Madrid, Salvat Editores. 1969.
  
- GOLDSTEIN, RB; BLACK, DW; NASRALLAH, A; WINOKUR, G: The prediction of suicide. Arch Gen Psychiatry. 1991; 48: 418-422.
  
- GONZÁLEZ SEIJO, JC; RAMOS, YM; LASTRA, I; CARBONELL, C; DE DIOS, JL: Distribución estacional de las conductas suicidas. An Psiquiatría. 1993a; 9 (Supl. I): 41.
  
- GONZÁLEZ SEIJO, JC; RAMOS, YM; LASTRA, I; DE DIOS, JL; AVELLANOSA, I; CARBONELL, C: Diseño de un programa de prevención del suicidio en la adolescencia. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr. 1994; 22(3): 100-108.

- GONZÁLEZ SEIJO, JC; RAMOS, YM; LASTRA, I; DE DIOS, JL; CARBONELL, C: Suicidio juvenil y medios de comunicación. *Psicopatología*. 1993b; 13(4): 168-172.
- GOULD, RE: Suicide problems in children and adolescents. *Am J Psychotherapy*. 1965; 19: 228-246.
- GOULD, MS; SHAFFER, D: The impact of suicide in television movies. Evidence of imitation. *New Engl J Med*. 1986; 315 (11): 690-694.
- GRANADOS, F: Aspectos vivenciales en el suicidio del niño o adolescente. *Jano*. 1985; 29(666): 1861-1868.
- GREULING, JW; DEBLASSIE, RR: Adolescent suicide. *Adolescence*. 1980; 15(59). 589-601.
- HABERLANDT, W: Der suizid als genetisches problem (zwillings- and familier analyse). *Anthrop Anz*. 1965; 29: 65-89.
- HALDANE, JD; HAIDER, I: Attempted suicide in children and adolescents. *Br J Clin Pract*. 1967; 21(12): 587-591.
- HANKOFF, LD: "Suicidio e intento de suicidio" en E.S. Paykel (Dir.): *Psicopatología de los trastornos afectivos*. Madrid, E. Pirámide. 1985.

- HANKOFF, LD; EINSIDLER, B: *Suicide. Theory and clinical aspects.* Littleton, Massachussets, PSG Publishing Co. Inc. 1979.
  
- HANLON, JJ: *Principios de administración sanitaria.* México, La Prensa Médica Mexicana. 1973.
  
- HARKAVY, JM; ASNIS, GM; BOECK, M; DIFIORE, J: Prevalence of specific suicidal behaviors in a high school sample. *Am J Psychiatry.* 1987; 144(9): 1203-1206.
  
- HARRINGTON, RC; DYER, E: Suicide and attempted suicide in adolescence. *Current Opinion Psychiatry.* 1993; 6: 467-469.
  
- HAWLEY, CJ; JAMES, DV; BIRKETT, PL; BALDWIN, DS; DE RUITER, MJ; PRIEST, RG: Suicidal ideation as an presenting complaint associated diagnoses and characteristics in a casualty population. *Br J Psychiatry.* 1991; 159: 232-238.
  
- HAWTON, K: Assessment of suicide risk. *Br J Psychiatry.* 1987; 150: 145-153.
  
- HAWTON, K; COLE, D; O'GRADY, J; OSBORN, M: Motivational aspects of deliberate self-poisoning in adolescents. *Br J Psychiatry.* 1982a; 141: 286-291.



- HAWTON, K; FAGG, J: Deliberate self-poisoning and self-injury in adolescents. A study of characteristics and trends in Oxford, 1976-89. *Br J Psychiatry*. 1992; 161: 816-823.
- HAWTON, K; FAGG, J; McKEOWN, SP: Alcoholism, alcohol, and attempted suicide. *Alcohol*. 1989; 24: 3-9.
- HEATH, L; BRESOLIN, LB y RINALDI, RC: Effects of Media Violence on Children. *Arch Gen Psychiatry*. 1989, 46: 376-379.
- HEIM, N; LESTER, D: Do suicides who write notes differ from those who do not? A study of suicides in West Berlin. *Acta Psychiatr Scand*, 1990; 82: 372-373.
- HENDIN, H: The psychodynamics of suicide. *J Nerv Ment Dis*. 1963; 136: 236-244.
- HENDIN, H: "Suicide among the young: psychodynamics and demography" en M.L. Peck, N.L. Farberow y R.E. Litman (Eds.): *Youth suicide*. New York, Springer Publishing Company. 1985.
- HIRSCHFELD, R; BLUMENTHAL, S: "Personality, life events and other psychosocial factors in adolescent depression and suicide: a review" en G. Klerman (Ed.): *Suicide and depression among adolescents and young adults*. Washington. American Psychiatric Press. 1986.

- HOBBERMAN, HM; GARFINKEL, BD: Completed suicide in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1988; 27: 689-695.
- HOLDING, TA: The BBC "Befrienders" series and its effects. *Br J Psychiatry*. 1974; 124: 470-472.
- HOLDING, TA: Suicide and "The Befrienders". *Br Med J*. 1975; 3: 751-752.
- HOLINGER, PC ET AL: Suicide and homicide in the United States: an epidemiologic study of violent death, population changes, and the potential for prediction. *Am J Psychiatry*. 1987; 144: 215-219.
- HORNEY, K: *Self analysis*. New York, Norton & Comp. 1942.
- HUDGENS, RW: *Psychiatric disorder in adolescents*. Baltimore, Williams & Wilkins. 1974.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA: *Estadística del suicidio en España*. Madrid, I.N.E. Años 1976-1991.
- JACOBS, J: *Adolescent suicide*. New York, Wiley-Interscience. 1971.

- JACOBS, J; TEICHER, J: Broken homes and social isolation in attempted suicides of adolescents. *Int J Soc Psychiatry*. 1967; 13(2): 139-149.
  
- JACOBZINER, H: Attempted suicide in adolescence. *J.A.M.A.* 1965; 10: 22-36.
  
- JOFFE, RT; OFFORD, DR; BOYLE, MA: Ontario child health study: Suicidal behavior in youth age 12-16 years. *Am J Psychiatry*. 1988; 145(11): 1420-1423.
  
- KANDEL, DB; RAVEIS, VH; DAVIES, M: Suicidal ideation in adolescence: depression, substance use, and other risk factors. *J Youth Adolesc*. 1991; 20(2): 289-309.
  
- KANNER, L: *Psiquiatría infantil*. Buenos Aires, Editorial Paidós. 1948.
  
- KESSLER, RC; DOWNEY, G; MILAVSKY, JR y STIPP, H: Clustering of teenage suicides after television news stories about suicide: a reconsideration. *Am J Psychiatry*. 1988; 145: 1379-1383.
  
- KESSLER, RC; DOWNEY, G; STIPP, H y MILAVSKY, JR: Network Television News Stories about Suicide Short-term changes in Total U.S. Suicides. *J Nerv Ment Dis*. 1989; 177 (9): 551-559.

- KETY, SS: "Genetic factors in suicide". en A. Roy: *Suicide*. Baltimore, Williams & Wilkins. 1986.
- KHAN, AU: Heterogeneity of suicidal adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1987; 26(1): 92-96.
- KIENHORST, CWM; DE WILDE, EJ; DIEKSTRA, RFW; WOLTERS, WHG: Construction of an Index Predicting Suicide Attempts in Depressed Adolescents. *Br J Psychiatry*. 1991; 159: 676-682.
- KIENHORST, CWM; DE WILDE, EJ; DIEKSTRA, RFW; WOLTERS, WHG: Differences between adolescents suicide attempters and depressed adolescents. *Acta Psychiatr Scand*. 1992; 85: 222-228.
- KIENHORST, CWM; DE WILDE, EJ; VAN DEN BOUT, J; DIEKSTRA, RFW; WOLTERS, WHG: Characteristics of suicide attempters in a population-based sample of dutch adolescents. *Br J Psychiatry*. 1990; 156: 243-248.
- KIENHORST, CWM; DE WILDE, EJ; VAN DEN BOUT, J; VAN DER BURG, E; DIEKSTRA, RFW; WOLTERS, WHG: Two subtypes of adolescent suicide attempters. *Acta Psychiatr Scand*. 1993; 87: 18-22.

- KING, CA; HILL, EM; NAYLOR, M; EVANS, T; SHAIN, B: Alcohol consumption in relation to other predictors of suicidality among adolescent inpatient girls. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1993b; 32 (1): 82-88.
- KING, CA; RASKIN, A; GDOWSKI, CL; BUTKUS, M; OPIPARI, L: Psychosocial factors associated with urban adolescent female suicide attempts. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1990; 29 (2): 289-294.
- KING, CA; SEGAL, HG; NAYLOR, M; EVANS, T: Family functioning and suicidal behavior in adolescent inpatients with mood disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1993a; 32(6): 1198-1206.
- KOOCHER, GP: Childhood, death, and cognitive development. Developmental Psychology. 1973; 9: 369-375.
- KORPI, ER; KLEINMAN, JE; GOODMAN, SI; PHILLIPS, I; DE LISI, LE; LINNOILA, M; WYAT, RJ: Serotonin and 5-Hydroxyindoleacetic acid in brains of suicide victims. Arch Gen Psychiatry. 1986; 43: 594-600.
- KORPI, ER; KLEINMAN, JE; WYATT, RJ: GABA concentrations in forebrain areas of suicide victims. Biol Psychiatry. 1988; 23: 109-114.

- KOSKY, R: Childhood suicidal behaviour. J Child Psychol Psychiat. 1983; 24(3): 457-468.
- KOTILA, L: Age-specific characteristics of attempted suicide in adolescence. Acta Psychiatr Scand. 1989; 79: 436-443.
- KOTILA, L; LÖNNQVIST, J: Adolescents who make suicide attempts repeatedly. Acta Psychiatr Scand. 1987a; 76: 386-393.
- KOTILA, L; LÖNNQVIST, J: Adolescent suicide attempts 1973-1982 in the Helsinki area. Acta Psiquiatr Scand. 1987b; 76: 346-354.
- KOTILA, L; LÖNNQVIST, J: Suicide and violent death among adolescent suicide attempters. Acta Psychiatr Scand. 1989; 79: 453-459.
- KREITMAN, N: *Parasuicide*. London, Wiley Sons. 1977.
- KREITMAN, N; FOSTER, J: The construction and selection of predictive scales, with special reference to parasuicide. Br J Psychiatry. 1991; 159: 185-192.

- KRUESI, MJP; HIBBS, ED; ZAHN, TP; KEYSOR, CS; HAMBURGER, SD; BARTKO, JJ; RAPOPORT, JL: A 2-year prospective follow-up study of children and adolescents with disruptive behavior disorders. Prediction by cerebrospinal fluid 5-Hydroxyindoleacetic acid, homovanilic acid, and autonomic measures?. Arch Gen Psychiatry. 1992; 49: 429-435.
  
- KRUESI, MJP; LENANE, MC; HIBBS, ED; MAJOR, J: Normal controls and biological reference values in child psychiatry: defining normal. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1990b; 29(3): 449-452.
  
- KRUESI, MJP; RAPOPORT, JL; HAMBURGER, S; HIBBS, E; POTTER, WZ; LENANE, M; BROWN, GL: Cerebrospinal fluid monoamine metabolites, aggression, and impulsivity in disruptive behavior disorders of children and adolescents. Arch Gen Psychiatry. 1990a; 47: 419-426.
  
- KRYNSKY, S: La conducta suicida en la infancia. Psicopatología. 1985; 5(2): 137-146.
  
- LADAME, F: *Les tentatives de suicide des adolescents*. París, Masson. 1987.
  
- LAMB, R: "Psiquiatría comunitaria y prevención" en J. A. Talbott: *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona, Ancora. 1989.

- LESTER, D: Seasonal variation in suicidal deaths. Br J Psychiatry. 1971; 118: 627-628.
- LESTER, D: Effect of suicide prevention centers on suicide rates in the United States. Health Serv Res. 1974; 89: 37-39.
- LESTER, D: Experience of parental loss and later suicide: data from published biographies. Acta Psychiatr Scand. 1989; 79: 450-452.
- LESTER, D; The sex distribution of suicides by age in nations of the world. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1990; 25: 87-88.
- LESTER, D; FRANK, ML: Sex differences in the seasonal distribution of suicides. Br J Psychiatry. 1988; 153: 115-117.
- LEVY, JC; DEYKIN, EY: Suicidality, depression, and substance abuse in adolescence. Am J Psychiatry. 1989; 146(11): 1462-1467.
- LEWINSOHN, PM; ROHDE, P; SEELEY, JR: Psychosocial characteristics of adolescents with a history of suicide attempt. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1993; 32(1): 60-68.
- LEWINSOHN, PM; ROHDE, P; SEELEY, JR: Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. J Consul Clin Psychol. 1994; 62(2): 297-305.



- LIBERMAN, RP; ECKMAN, T: Behavior therapy vs insight-oriented therapy for repeated suicide attempters. Arch Gen Psychiatry. 1981; 38: 1126-1130.
- LITMAN, RE: When patients commit suicide. Am J Psychotherapy. 1965; 19: 570-576.
- LÓPEZ-IBOR, JJ; LANA, F; SAIZ, J: Conductas autolíticas impulsivas y serotonina. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr. 1990; 18(5): 316-325.
- LÓPEZ-IBOR, JJ; SAIZ, J; PEREZ DE LOS COBOS, JC: Biological correlations of suicide and aggressivity in major depression (with melancholia): 5-Hydroxyindoleacetic acid and cortisol in CSF, dexamethasone suppression test and therapeutic response to 5-Hydroxytryptophan. Neuropsychobiology. 1985; 14: 67-74.
- MACK, JE: "Adolescent suicide: an architectural model" en G.L. Klernan (Ed.): *"Suicide and depression among adolescent and young adults"*. Washington, American Psychiatryc Press. 1986.
- MANDELL, AJ; MANDELL, MP: Suicide and the menstrual cycle. J.A.M.A. 1967; 200(9): 792-793.

- MANN, JJ: "Integration of neurobiology and psychopathology in a unified model of suicidal behavior" en G. Racagni et al (Eds.): *Proceedings of the 5th World Congress of Biological Psychiatry*. Amsterdam, Elsevier Science Publishers. 1991.
- MANN, JJ; McBRIDE, PA; BROWN, RP; LINNOILA, M; LEON, AC; DEMEO, M; MIECZKOWSKI, T; MYERS, JE; STANLEY, M: Relationship between central and peripheral serotonin indexes in depressed and suicidal psychiatric inpatients. *Arch Gen Psychiatry*. 1992; 49: 442-446.
- MARAZZITI, D; DE LEO, D; CONTI, L: Further evidence supporting the role of the serotonin system in suicidal behavior: a preliminary study of suicide attempters. *Acta Psychiatr Scand*. 1989; 80: 322-324.
- MARDOMINGO, MJ; CATALINA, ML: Suicidio e intentos de suicidio en la infancia y adolescencia: ¿un problema en aumento?. *Pediátrika*. 1992; 12: 118-121.
- MARDOMINGO, MJ; CATALINA, ML; HERNANDEZ, P: Curso clínico de los intentos de suicidio: seguimiento longitudinal a lo largo de 8 años. *Actas del VII Congreso Nacional de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. Madrid, SEPIJ. 1994.

- MARDOMINGO, MJ; GIL, S: Acontecimientos vitales y trastornos psiquiátricos en relación con la edad y el sexo. Rev Psiq Inf. 1992a; 2: 82-89.
- MARDOMINGO, MJ; GIL, S: Acontecimientos vitales y trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. An Psiquiatría. 1992b; 8(5): 195-198.
- MARDOMINGO. MJ; GONZÁLEZ, S: Escala de acontecimientos vitales adaptada a la población española de 12 a 18 años. Rev Psiq Inf. 1990; 2: 123-134.
- MARDOMINGO, MJ; KLOPPE, S; GALLEGU, MS: Escala de acontecimientos vitales adaptada a la población infantil española entre 6 y 12 años. Rev Psiq Inf. 1990; 1: 32-39.
- MARTI, G: *El suicidio consumado en las Islas Baleares*. Barcelona, Universidad de Barcelona. 1982.
- MARTÍN MARCOS, M: *Estudio genérico del pronóstico médico*. Salamanca, Real Academia de Medicina de Salamanca. 1994.
- MARTTUNEN, MJ; ARO, HM; HENRIKSSON, MM; LÖNNQVIST, JK: Mental disorders in adolescent suicide. DSM-III-R Axes I and II Diagnoses in suicides among 13- to 19-year-olds in Finland. Arch Gen Psychiatry. 1991; 48: 834-839.

- MARTTUNEN, MJ; ARO, HM; LÖNNQVIST, JK: Precipitant stressors in adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1993; 32(6): 1178-1183.
  
- MASTERTON, G: Monthly and seasonal variation in Parasuicide. A sex difference. *Br J Psychiatry*. 1991; 158: 155-157.
  
- MATTSSON, A; SEELE, LR; HAWKINS, JW: Suicidal behavior as a child psychiatric emergency. *Arch Gen Psychiatry*. 1969; 20: 100-109.
  
- McCLURE, GMG: Recent trends in suicide among the young. *Br J Psychiatry*. 1984; 144: 134-138.
  
- McCLURE, GMG: Suicide in children in England and Wales. *J Child Psychol Psychiatr*. 1988; 29(3): 345-349.
  
- McGIBBEN, L; BALLARD, CG; HANDY, S; MOHAN, RNC; SILVEIRA, WR: Deliberate self-poisoning in Asian and Caucasian 12-15-years-old. *Br J Psychiatry*. 1992; 161: 110-112.
  
- MEEHAN, PJ; LAMB, JA; SALTZMAN, LE; O'CARROLL, PW: Attempted suicide among young adults: progress toward a meaningful estimate of prevalence. *Am J Psychiatry*. 1992; 149(1): 41-44.

- MEITUS, SH: "Suicidio e intentos de suicidio" en G.K. Farley, L.O. Eckhardt y F. B. Herbert (Ed.): *Manual de urgencias psiquiátricas en el niño y en el adolescente*. Madrid, Editorial Pediátrica. 1980.
- MENNINGER, K: *Man Against Himself*. New York, Harcourt Brace and World. 1938.
- MILLER, HL; COOMBS, DW; LEEPER, JD y BARTON, SN: An analysis of the effects of suicide prevention facilities on suicide rates in the United States. *Am J Public Health*. 1984; 74: 340-343.
- MILLER, HL; COOMBS, DW; MUKHERJEE, D; BARTON, SN: Suicide prevention services in America. *Ala J Med Sci*. 1979; 16: 26-31.
- MODAI, I; VALEVSKI, ; DROR, S; WEIZMAN, A: Serum cholesterol levels and suicidal tendencies in psychiatric inpatients. *J Clin Psychiatry*. 1994; 55(6): 252-254.
- MOLINER, M: *Diccionario de uso del español*. Madrid, Ed. Gredos. 1988.
- MONTEJO, ML: Valoración de la conducta suicida en un grupo de adolescentes. *Informaciones Psiquiátricas*. 1979; 77: 3-15.

- MONTEJO, ML; LOPEZ, MD; GARCIA-VALDECASAS, MJ; BADIA, MA: Historia familiar de suicidios consumados en pacientes psiquiátricos. (Un estudio comparativo). Psiquis. 1986; 7: 18-24.
- MONTEJO, ML; RAMOS, JA; RODRIGUEZ, M: Tentativas de suicidio en el Hospital General. Características sociodemográficas y clínicas (un estudio comparativo). N Arch Fac Med. 1983; 41(9): 413-416.
- MORANDÉ, G; CARRERA, M: Aportaciones de la epidemiología en la comprensión, prevención y abordaje terapéutico del suicidio infantil y juvenil. Jano. 1985; 29 (666): 1848-1859.
- MORGAN, HG: Suicide prevention. Hazards on the fast lane to community care. Br J Psychiatry. 1992; 160: 149-153.
- MORSELLI: *Il suicidio*. Milán. 1879.
- MOTTO, JA: Suicide and suggestibility - the role of the press. Am J Psychiatry. 1967; 124: 252-256.
- MOTTO, JA: "Suicide in male adolescent" en H.S. Sudak, A.B. Ford y N.B. Rushforth (Eds.): *Suicide in the young*. Boston. John Wright. 1984.
- MURPHY, GE: On suicide prediction and prevention. Arch Gen Psychiatry. 1983; 40: 343-344.

- MURPHY, GE: Suicide and substance abuse. Arch Gen Psychiatry. 1988; 45: 593-594.
- MURPHY, GE; ROBINS, E: Social factors in suicide. JAMA. 1967; 199: 303-308.
- MURPHY, GE; WETZEL, RD: The lifetime risk of suicide in alcoholism. Arch Gen Psychiatry. 1990; 47: 383-392.
- MURPHY, GE; WETZEL, RD; ROBINS, E; McEVOY, L: Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. Arch Gen Psychiatry. 1992; 49: 459-463.
- NAGY, M: The child's theories concerning death. J Genetic Psychol. 1948; 73: 3-27.
- NÄSSBERGER, L; TRÄSKMAN-BENDZ, L: Increased soluble interleukin-2 receptor concentrations in suicide attempters. Acta Psychiatr Scand. 1993; 88: 48-52.
- NAYHA, S: Autumn incidence of suicides re-examined: data from Finland by sex, age and occupation. Br J Psychiatry. 1982; 141: 512-517.
- NEIMEYER, RA: Toward a personal construct conceptualization of depression and suicide. Death Studies. 1983; 7 (2-3): 127-173.

- NIELSEN, DA; GOLDMAN, D; VIRKKUNEN, M; TOKOLA, R; RAWLINGS, R; LINNOILA, M: Suicidality and 5-Hydroxyindoleacetic acid concentration associated with a tryptophan hydroxylase polymorphism. Arch Gen Psychiatry. 1994; 51: 34-38.
  
- O'DONNELL, I; FARMER, R; CATALAN, J: Suicide notes. Br J Psychiatry. 1993; 163: 45-48.
  
- OHMORI, T; ARORA, RC; MELTZER, HY: Serotoninergetic measures in suicide brain: the concentration of 5-HIAA, HVA, and Tryptophan in frontal cortex of suicide victims. Biol Psychiatry. 1992; 32: 57-71.
  
- ORBACH, I; GLAUBMAN, H: Suicidal, aggressive and normal children's perception of personal and impersonal death. J Clin Psychology. 1978; 34 (4): 850-857.
  
- ORBACH, I; ROSENHEIM, E; HARY, E: Some aspects of cognitive functioning in suicidal children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1987; 26(2): 181-185.
  
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: Prevención del suicidio. Ginebra, O.M.S. 1969.
  
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *Trastornos mentales y del comportamiento. CIE 10*. Madrid, Meditor. 1992.



- OSTROFF, RB; BOYD, JH: Television and suicide. N Engl J Med. 1987; 316(14): 876-877.
  
- OTTO, U: "Suicidal attempts in childhood and adolescence-today and after 10 years. A follow-up study" en: *Depressive states in childhood and adolescence*. 1971.
  
- OTTO, U: Suicidal acts by children and adolescents. A follow-up study. Acta Psychiatr Scand. 1972; (Suppl 233). 1-123.
  
- OVERHOLSER, J; HEMSTREET, A; SPIRITO, A y VYSE, S: Suicide awareness programs in the schools: effects of gender and personal experience. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1989; 28: 925-930.
  
- PALLIS, DJ; GIBBONS, JS; PIERCE, DW: Estimating suicide risk among attempted suicides. II. Efficiency of predictive scales after the attempt. Br J Psychiatry. 1984; 144: 139-148.
  
- PAYKEL, ES: "Stress and life events" en Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration: *Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide: Risk factors for youth suicide*. Washington, US Government Printing Office. 1989.
  
- PAYKEL, ES; PRUSOFF, BA; MYERS, JK: Suicide attempts and recent life events. Arch Gen Psychiatry. 1975; 32: 327-333.

- PEARCE, CM; MARTIN, G: Locus of control as an indicator of risk for suicidal behaviour among adolescents. Acta Psychiatr Scand. 1993; 88: 409-414.
- PEARCE, CM; MARTIN, G: Predicting suicide attempts among adolescents. Acta Psychiatr Scand. 1994; 90: 324-328.
- PELICIER, Y: En torno a la historia del suicidio. Psicopatología. 1985; 5(2): 85-99.
- PEREZ DE LOS COBOS, JC; LOPEZ-IBOR, JJ; SAIZ, J: Correlatos biológicos del suicidio y la agresividad en depresiones mayores (con melancolía): 5-HIAA en LCR, DST y respuesta terapéutica a 5-HTp. Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Barcelona. 1984.
- PERLSTEIN, AP: Suicide in adolescence. NY State J Medicine. 1966; 66(23): 3017-3020.
- PERRY, EK; MARSHALL, EF; BLESSED, G; TOMINSON, BE; PERRY, RH: Decreased imipramine binding in the brains of patients with depressive illness. Br J Psychiatry. 1983; 142: 188-192.
- PFEFFER, CR: "Observations of ego functioning of suicidal latency-age children" en M.L. Peck, N.L. Farberow y R.E. Litman (Eds.): *Youth suicide*. New York. Springer Publishing Company. 1985.

- PFEFFER, CR: *The suicidal child*. New York. The Guilford Press. 1986.
- PFEFFER, CR: Assessment of suicidal children and adolescents. *Psychiatr Clinics North America*. 1989; 12(4): 861-872.
- PFEFFER, CR; CONTE, HR; PLUTCHICK, R; JERRETT, I: Suicidal behavior in latency age children: an empirical study. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1979; 18: 679-692.
- PFEFFER, CR; ZUCKERMAN, S; PLUTCHIK, R et Al: Suicidal behaviour in normal school children: a comparison with child psychiatric inpatients. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1984; 23: 416-423.
- PHILLIPS, DP: The influence of suggestion on suicide: substantive and theoretical implications of the Werther effect. *Am Sociol Rev*. 1974; 39: 340-354.
- PHILLIPS, DP; CARSTENSEN, LL: Clustering of teenage suicides after television news stories about suicide. *N Engl J Med*. 1986; 315: 685-689.
- PHILLIPS, DP; PAIGHT, DJ: The impact of televised movies about suicide: a replicative study. *N Engl J Med*. 1987; 317 (13): 809-811.

- POLAINO-LORENTE, A; DOMENECH, E; GARCIA, A; EZPELETA, L: *Las depresiones infantiles*. Madrid, Ed. Morata. 1988.
- POSENER, JA; LAHAYE, A; CHEIFETZ, PN: Suicide notes in adolescence. *Can J Psychiatry*. 1989; 34: 171-176.
- PRESCOTT, LF; HIGHLEY, MS: Drugs prescribed for self poisoners. *Br Med J*. 1983; 290: 1633-1636.
- RAMIREZ, FM; CARRASCO, JL: Tentativa de suicidio y diagnóstico psiquiátrico. *An Psiquiatría*. 1989; 5(6): 240-244.
- RAMOS, JA; CORDERO, A: ¿Hay un factor sorpresa en la evaluación del riesgo suicida en las depresiones?. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr*. 1990; 18(4): 213-217.
- RAO, U: Psychological autopsy studies of suicide. *Current Opinion in Psychiatry*. 1994; 7 (4): 330-333.
- RAPHAEL, T; POWER, SH; BERRIDGE, WL: The question of suicide as a problem in college mental hygiene. *Am J Orthopsychiatry*. 1937; 7: 1-14.
- RAQUIN, B; PÉCHIN, V: *Anti-suicide. Manuel d'Urgence*. France. La Table Ronde. 1984.

- RAZIN, AM; O'DOWD, MA; NATHAN, A; RODRIGUEZ, I; GOLDFIELD, A; MARTIN, C; GOULET, L; SCHEFTEL, S; MEZAN, P; MOSCA, J: Suicidal behavior among inner-city hispanic adolescent females. Gen Hosp Psychiatry. 1991; 13: 45-58.
- RIBA, MD: *Una panorámica de las técnicas estadísticas multivariantes*. Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona. 1992.
- RICH, CL; FOWLER, RC; FOGARTY, LA; YOUNG, D: San Diego Suicide Study. III. Relationships between diagnoses and stressors. Arch Gen Psychiatry. 1988a; 45: 589-592.
- RICH, CL; YOUNG, D; FOWLER, RC: San Diego suicide study I: Young vs. old subjects. Arch Gen Psychiatry. 1986; 43: 577-582.
- RINGEL, E: *Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung*. Viena-Düsseldorf, Maudrich. 1953.
- RIVAILLE, C; BELLE, F; THIOT, C; GOULON, M: Tentatives de suicides d'adolescentes. Étude de 70 cas. Sem Hôp Paris. 1970; 46(17): 1141-1147.
- ROBBINS, DR; ALESSI, NE: Depressive symptoms and suicidal behavior in adolescents. Am J Psychiatry. 1985a; 142(5): 588-592.

- ROBBINS, DR; ALESSI, NE: Suicide and the dexamethasone suppression test in adolescence. Biol Psychiatry. 1985b; 20: 94-119.
- ROBINS, E: "Urgencias Psiquiátricas" en H.I. Kaplan y B.J. Sadock (Dirs.): *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona, Salvat Editores. 1989.
- ROBINS, E; MURPHY, GE; WILKINSON, RH; GASSNER, S; KAYES, J: Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. Am J Public Health. 1959; 49 (7): 888-899.
- ROCAMORA, A: La conducta suicida y el teléfono de la esperanza. Rev Psiq Psicol Med Eur Am Latina. 1984; 16(8): 545-552.
- ROCHE, JF; PLOUGEAUT, C; BOURRAT, MM; GAROUX, R: Adolescents suicidaires dans un service de pédiatrie: réflexion sur leur accueil et leur prise en charge. Neuropsych Enfance. 1992; 40: 633-638.
- RODRÍGUEZ, A; LÓPEZ, P: Ideal de yo y conducta suicida. Psicopatología. 1985; 5(2): 181-185.

- RODRÍGUEZ SACRISTAN, J; CARDOZE, D; RODRÍGUEZ, J; GOMEZ-AÑON, ML; BENJUMEA, P; PÉREZ RIOS, J: Sistemas objetivos de medida: experiencias con el inventario español de depresiones infantiles (C.E.D.I.) Modificado de Kovacs y Beck. Rev Neuropsiquiatría Infantil. 1984; 2: 65-74.
- ROJAS, E: *Estudios sobre el suicidio*. Barcelona, Salvat Editores, 2ª Ed. 1984.
- ROY, A: Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis function and suicidal behavior in depression. Biol Psychiatry. 1992; 32: 812-816.
- ROY, A; DE JONG, J; LINNOILA, M: Cerebrospinal fluid monoamine metabolites and suicidal behavior in depressed patients. Arch Gen Psychiatry. 1989; 46: 609-612.
- ROY, A; KAROUM, F; POLLACK, S: Marked reduction in indexes of dopamine metabolism among patients with depression who attempt suicide. Arch Gen Psychiatry. 1992; 49: 447-450.
- ROY, A; LAMPARSKI, D; DeJONG, J; MOORE, V; LINNOILA, M: Characteristics of alcoholics who attempt suicide. Am J Psychiatry. 1990; 147 (6): 761-765.

- ROY, A; VIRKKUNEN, M; GUTHRIE, S; POLAND, R; LINNOILA, M: Monoamines, glucose metabolism, suicidal and aggressive behaviors. Psychopharmacol Bull. 1986; 22(3): 661-665.
- RUBENSTEIN, JL; HEEREN, T; HOUSMAN, D; RUBIN, C; STECHLER, G: Suicidal behavior in normal adolescents: Risk and protective factors. Am J Orthopsychiatry. 1989; 59: 59-71.
- RUBIO, G; PEREZ, P: Indicadores biológicos de la repetición de la conducta suicida en los trastornos depresivos: perspectivas terapéuticas. Farmacología del SNC. 1994; 8(1): 4-17.
- RUNESON, B: Mental disorder in youth suicide. DSM-III-R Axes I and II. Acta Psychiatr Scand. 1989; 79: 490-497.
- RUNESON, B; BESKOW, J: Borderline personality disorder in young swedish suicides. J Nerv Ment Dis. 1991; 179: 153-156.
- SABBATH, J: The suicidal adolescent- The expendable child. J Am Acad Child Psychiatry. 1969; 8(2): 272-289.
- SAFIER, GA: A study of relationships between the life and death concepts in children. J Genetic Psychol. 1964; 105: 283-294.



- SÁIZ, PA; COCAÑA, I; TASCÓN, B; GONZÁLEZ, P; BOUSOÑO, M; BOBES, J: Lípidos y conducta parasuicida. *Psiquiatría Biológica*. 1994; 1(1): 9-14.
  
- SAKINOFSKY, I; ROBERTS, RS: Why repeat despite problem resolution. *Br J Psychiatry*. 1990; 156: 399-405.
  
- SAKINOFSKY, I; ROBERTS, RS; BROWN, Y; CUMMING, C; JAMES, P: Problem resolution and repetition of parasuicide. A prospective study. *Br. J Psychiatry*. 1990; 156: 395-399.
  
- SALK, L; LIPSITT, LP; STURNER, WQ; REILLY, BM; LEVAT, RH: Relationship of maternal and perinatal conditions to eventual adolescent suicide. *Lancet*. 1985; March 16. 624-627.
  
- SANDLER, J; JOFFE, WG: Notes of childhood depression. *Int J Psychoanalysis*. 1965; 46: 88-96.
  
- SARRÓ, B: Concepto de suicidio y tentativa de suicidio. *Rev Psiq Psicol Med Eur Am Latina*. 1984a; 16 (8): 512-516.
  
- SARRÓ, B: Crisis suicidas en el Hospital General. *Rev Psiq Psicol Med Eur Am Latina*. 1984b; 16 (8): 521-525.
  
- SARRÓ, B: Experiencia en una Unidad de Suicidología. *Psicopatología*. 1985; 5(2): 185-189.

- SARRÓ, B y DE LA CRUZ, C: *Los suicidios*. Barcelona, Ed. Martínez Roca. 1991.
- SARRÓ, B; DE LA CRUZ, C; BECERRA, B; ARAYA, S; BLANCH, J; VIGO, T: Antecedentes familiares de actos suicidas en una muestra de mujeres hospitalizadas en una Unidad de Suicidología por presentar tentativa o ideación suicida. *Rev Psiq Fac Med Barna*. 1993; 20(5): 181-188.
- SARRÓ, B y NOGUÉ, S: Suicidios. *Med Clin*. 1992; 98: 624-626.
- SARRÓ, B; VILLAPLAMA, I; GIRON, M; GARCIA, R; OTIN, JM; HUMBERT, MS; DE LA CRUZ, C: Abordaje de las crisis suicidas con psicoterapia breve de grupo. *Rev Psiq Psicol Med Eur Am Latina*. 1984a; 16(8): 561-569.
- SARTORIUS, N: Introducción al Simposio Internacional sobre el suicidio. *Psicopatología*. 1985; 5 (2): 81-84.
- SATHYAVATHI, K: Suicide among children in Bangalore. *Indian Pediatr*. 1975; 42: 149-157.
- SCHMIDTKE, A; FLECKENSTEIN, P; BECKMANN, H: The dexamethasone suppression test and suicide attempts. *Acta Psychiatr Scand*. 1989; 79: 276-282.

- SCHMIDTKE, A; HAFNER, H: Die Vermittlung von Selbstmordmotivation und Selbstmordhandlung durch fichtive Modelle. *Nervenarzt*. 1986; 57: 502-510.
- SCHNEIDER, PB: *La tentative de suicide. Etude statistique, clinique, psychologique et catamnestique*. Suiza, Delachaux & Niestlé. 1954.
- SCHNEIDER, PB: Epidémiologie et suicide. *Psychol Médicale*. 1982; 14(3): 395-400.
- SCHOTTE, DE; CLUM, GA: Suicide ideation in a college population: A test of a model. *J Consul Clin Psychol*. 1982; 50: 690-696.
- SCHULSINGER, F; KETY, S; ROSENTHAL, D: "A family study of suicide" en M. Schou y E. Stremger (Eds.): *Origins, prevention and treatment of Affective Disorders*. New York, Academic Press, Inc. 1979.
- SEISDEDOS, N: *HSPQ. Cuestionario de personalidad para adolescentes de R.B. Cattell y M.D. Cattell. Manual*. Madrid, TEA Ediciones S.A. 5ª ed. 1989.
- SELLAR, C; HAWTON, K; GOLDACRE, MJ: Self-poisoning in adolescents. Hospital admissions and deaths in the Oxford Region 1980-85. *Br J Psychiatry*. 1990; 156: 866-870.

- SEVA, A: *La calidad de la asistencia psiquiátrica y la acreditación de sus servicios*. Zaragoza, Inresa. 1993.
- SHAFFER, D: Suicide in childhood and early adolescence. *J Child Psychol Psychiat*. 1974; 15: 275-291.
- SHAFFER, D; FISHER, P: The epidemiology of suicide in children and young adolescents. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1981; 20: 545-565.
- SHAFFER, D; GARLAND, A; GOULD, M; FISHER, P; TRAUTMAN, P: Preventing teenage suicide: A critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1988; 27: 675-687.
- SHAFFER, D; GARLAND, A; VIELAND, V; UNDERWOOD, M y BUSNER, C: The impact of curriculum-based suicide prevention programs for teenagers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1991; 30(4): 588-596.
- SHAFFER, D; VIELAND, V; GARLAND, A; ROJAS, M; UNDERWOOD, M y BUSNER, C: Adolescent suicide attempters. Response to suicide-prevention programs. *J.A.M.A.* 1990; 264 (24): 3151-3155.
- SHAFII, M; CARRIGAN, S; WHITTINGHILL, JR; DERRICK, A: Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatry*. 1985; 142 (9): 1061-1064.

- SHAFII, M; STELTZ-LENARSKY, J; DERRICK, AM; BECKNER, C; WHITTINGHILL, JR: Comorbidity of mental disorders in the post-mortem diagnosis of completed suicide in children and adolescents. *J Affective Disord.* 1988; 15: 227-233.
  
- SHAW, DDM; CAMPS, FE; ECCLESTON, EG: 5-Hydroxytryptamine in the hindbrain of depressive suicides. *Br J Psychiatry.* 1967; 113: 1407-1411.
  
- SHNEIDMAN, ES: *Suicidology: Contemporary developments.* New York, Grune and Stratton, Inc. 1976.
  
- SHNEIDMAN, ES: "An overview: Personality, motivation, and behavior theories" en L.D. Hankoff y B. Einsidler (Eds.): *Suicide.* Littleton, MA. PSG Publishing. 1979.
  
- SHNEIDMAN, ES: Some reflections of a founder. *Suicide and Life-Threatening Behavior.* 1988; 18(1): 1-12.
  
- SKUTSCH, GM: Sex difference in seasonal variations in suicide rate. *Br J Psychiatry.* 1981; 139: 80-81.
  
- SLAP, BG; VORTERS, DF; CHAUDHURI, S; CENTOR, RM: Risk factors for attempted suicide during adolescence. *Pediatrics.* 1989; 84(5): 762-772.

- SMITH, K; CRAWFORD, S: Suicidal behavior among "normal" high school students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1986; 16: 313-325.
- SORIGUER ESCOFET, FJC: "Evaluación empírica" en *La evaluación de programas de educación de pacientes: Una experiencia clínico-pedagógica*. Sevilla, Junta de Andalucía, Consejería de Salud. 1993.
- SOTA, E; GUIMON, J: "Evaluación económica de la asistencia psiquiátrica" en J. Guimón, J.E. Mezzich y G.E. Berrios (Eds.): *Diagnóstico en Psiquiatría*. Barcelona, Salvat. 1989.
- SOUBRIER, JP: Introducción a la suicidología. *Rev Psiq Psicol Med Eur Am Latina*. 1984a; 16 (8): 509-511.
- SOUBRIER, JP: Conducta suicida y muerte del joven toxicómano. *Rev Psiq Psicol Eur Am Latina*. 1984b; 16(8): 553-560.
- SOURIS, M: *Prévention du suicide*. París, Masson. 1975.
- SPEECE, MW; BRENT, SB: Children's understanding of death: a review of three components of a death concept. *Child Development*. 1984; 55: 1671-1686.
- SPENDER, S: *The sorrows of young Werther*. New York, New American Library. 1962.

- STACK, S: Celebrities and suicide: a taxonomy and analysis, 1948-1983. Am Sociol Rev. 1987; 52: 401-412.
- STANLEY, EJ; BARTER, JT: Adolescent suicide behavior. Am J Orthopsychiatry. 1970; 40: 87-96.
- STANLEY, M; STANLEY, B: Postmortem evidence for serotonin's role in suicide. J Clin Psychiatry. 1990; 51 (4) Suppl: 22-30.
- STANLEY, M; VIRGILIO, J; GERSHON, S: Tritiated Imipramine binding sites are decreased in the frontal cortex of suicide. Science. 1982; 216: 1337-1338.
- STEEDE, KK; RANGE, LM: Does Television induce Suicidal contagion with adolescents?. J Commun Psychology. 1989; 17: 166-172.
- STENGEL, E: *Suicide and attempted suicide*. London, Penguin Books. 1952.
- SULLIVAN, PF; JOYCE, PR; BULIK, CM; MULDER, RT; OAKLEY, M: Total cholesterol and suicidality in depression. Biol Psychiatry. 1994; 36: 472-477.
- SYMONDS, RL: Psychiatric aspects of railway fatalities. Psychol Med. 1985; 15: 609-621.

- TARGUM, SD; ROSEN, L; CAPODANNO, AE: The dexamethasone suppression test in suicidal patients with unipolar depression. Am J Psychiatry. 1983; 140: 877-879.
  
- TOOLAN, JM: Suicide and suicidal attempts in children and adolescents. Am J Psychiatry. 1962; 118 (8): 719-724.
  
- TOPOL, P; REZNIKOFF, M: Perceived peer and family relationships, hopelessness, and locus of control as factors in adolescent suicide attempts. Suicide Life Threatening Behavior. 1982; 12: 141-150.
  
- TOUSIGNANT, M; BASTIEN, MF; HAMEL, S: Suicidal attempts and ideations among adolescents and young adults: the contribution of the father's and mother's care and of parental separation. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1993; 28: 256-261.
  
- TRÄSKMAN, L; ASBERG, M; BERTILSSON, L; SJOSTRAND, L: Monoamine metabolites in cerebrospinal fluid and suicidal behaviour. Arch Gen Psychiatry. 1981; 38: 631-636.
  
- TRAUTMAN, PD; ROTHERAM-BORUS, MJ; DOPKINS, S; LEWIN, N: Psychiatric diagnoses in minority female adolescent suicide attempters. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1991; 30(4): 617-622.
  
- TRAUTMAN, PD; SHAFFER, D: Pediatric Management of Suicidal Behavior. Pediatric Annals. 1989; 18(2): 134-143.



- TSUANG, MT: Risk of suicide in the relatives of schizophrenics, manics, depressives and controls. J Clin Psychiatry. 1983; 44: 396-400.
- TUCKMAN, J; YOUNGMAN, WF: A scale for assessing suicide risk of attempted suicides. J Clin Psychol. 1968; 24: 17-19.
- TURGAY, A: An Integrative Treatment Approach to Child and Adolescent Suicidal Behavior. Psychiatr Clinics North Am. 1989; 12 (4): 971-985.
- UÑA, O: Sociología del suicidio. Ampliaciones epistemológicas. Psicopatología. 1985; 5 (2): 129-136.
- VAN PRAAG, HM: Depression, suicide and metabolism of serotonin in the brain. J Affective Disord. 1982; 4: 275-290.
- VARAH, C; *The Samaritans in the '70s: to befriend the suicidal and despairing*. London, Constable. 1973.
- VELILLA, JM; DE LA CÁMARA, C; LARRUBIA, J: Sintomatología depresiva en los intentos de suicidio en la adolescencia: estudio comparativo de dos grupos de pacientes. Actas del VII Congreso Nacional de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Madrid, SEPIJ. 1994.

- VELILLA, JM; SERRAT, D: Epidemiología de las conductas suicidas en la infancia y adolescencia. Rev Psiq Inf. 1990; 2: 83-95.
- VIELAND, V; WHITTLE, B; GARLAND, A; HICKS, R y SHAFFER, D: The impact of curriculum-based suicide prevention programs for teenagers: an 18-month follow-up. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1991; 30(5): 811-815.
- VILLA, A: "Presentación" en L. Villardón: *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao, Universidad de Deusto. 1993.
- VILLARDÓN, L: *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao, Universidad de Deusto. 1993.
- VIZAN, R; HENRY, M; GRACIA, R; GONZÁLEZ DE RIVERA, JL: Psicopatología y tentativas de suicidio. An Psiquiatría. 1994; 10(5): 175-179.
- VYGOTSKY, LS: *Thought and language*. New York, M.I.T. Press. 1962.
- WASSERMAN, IM: Imitation and suicide: a reexamination of the Werther effect. Am Social Rev. 1984; 49: 427-436.
- WEINER, IW: The effectiveness of a suicide prevention program. Ment Hyg. 1969; 53: 357-363.

- WEISS, JMA: Suicide: an epidemiologic analysis. *Psychiatry Q.* 1954; 28: 225-252.
- WHEELER, L: Toward a theory of behavioral contagion. *Psychological Rev.* 1966; 73: 179-192.
- WINETT, RA; STEFANEK, M; RILEY, AW: "Estrategias preventivas con niños y familias" en T.H. Ollendick y M. Hersen (Dirs.) : *Psicopatología infantil*. Barcelona, Martínez Roca. 1988.
- YAMPEY, N: "Suicidio" en G. Vidal, H. Bleichmar y R. J. Usandivaras (Dirs.): *Enciclopedia de Psiquiatría*. Buenos Aires, El Ateneo. 1977.
- ZILBOORG, G: Differential diagnostic types of suicide. *Arch Neurol Psychiatry.* 1936; 35: 270-291.
- ZIVI, A: Les facteurs des tentatives de suicide de l'enfant et de l'adolescent. *Ann Pediatr (Paris)*. 1986; 33(6): 503-506.

ooooo000ooooo